|  |  |
| --- | --- |
| Auftraggeber/ Kontaktperson  (im Notfall zu benachrichtigen) Name:  Vorname:  PLZ/ Ort:  Straße/ Hausnummer:  Tel./ Handy:  Email:  Geburtsdatum:  Verwandtschaftsgrad:  Zweiter Ansprechpartner (Vor- & Zuname):  Tel./Handy: | Patient/in  Name:  Vorname:  PLZ/ Ort:  Straße/ Hausnummer:  Tel./ Handy:  Geburtsdatum:  Familienstand:  Krankenkasse:  Versicherungsnummer: |

|  |  |
| --- | --- |
| Hausarzt  Name:  PLZ/ Ort:  Straße/ Hausnummer:  Tel./ Handy:  Email:  Fax: | Ehepartner/in oder im Haushalt lebende Person Name:  Vorname:  Geburtsdatum:  Ist diese Person auch Kunde einer mobilen Betreuung? ⃝ja ⃝nein  Wenn ja, bei welcher? |

|  |  |
| --- | --- |
| Gesetzlicher Betreuer? falls vorhanden  Name:  PLZ/ Ort:  Straße/ Hausnummer:  Tel./ Handy:  Email:  Fax: |  |

Krankheitsbilder des Patienten  
Diagnosen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

⃝ Altersbedingte Gehschwäche ⃝ Thrombose ⃝ beginnende Demenz  
⃝ Diabetes insulinpflichtig ⃝ Schlaganfall→ ⃝rechts ⃝ links  
⃝Dekubitus ⃝volle Demenz ⃝ Diabetes⃝ Kreislauferkrankung ⃝ Osteoporose ⃝Alzheimer  
⃝ Tumor ⃝ Herzinsuffizienz ⃝ Stoma  
⃝ Parkinson ⃝ Depression ⃝ Bluthochdruck   
⃝ niedriger Blutdruck ⃝ Inkontinenz ⃝ Rheuma  
⃝ Herzinfarkt ⃝ MS ⃝ Asthma  
⃝ sonstige Krankheiten (beschreiben):

Informationen zur geistigen & körperlichen Verfassung   
  
Geistiger Zustand: ⃝klar ⃝apathisch ⃝ teilnahmslos   
 ⃝leicht dement ⃝dement

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sprache: | ⃝ keine Einschränkung | ⃝ geringe Einschränkung | ⃝ starke  Einschränkung |
| Hörvermögen: | ⃝ keine Einschränkung | ⃝ geringe Einschränkung | ⃝ starke  Einschränkung |
| Sehkraft: | ⃝ keine Einschränkung | ⃝ geringe Einschränkung | ⃝ starke  Einschränkung |
| Hörgerät: | ⃝ ja | ⃝ nein |  |
| Brille: | ⃝ ja | ⃝nein |  |

Bewegung: ⃝selbständig ⃝ mit Unterstützung ⃝ im Rollstuhl  
 ⃝ bettlägerig ⃝ weglaufgefährdet   
 ⃝ sturzgefährdet

Hilfsmittel: ⃝ Rollator ⃝ Pflegestuhl ⃝ Rollstuhl ⃝ Lifter ⃝ Hebelifter ⃝ Wannenlifter ⃝ Pflegebett ⃝ Toilettenstuhl ⃝ Sonstiges:

Urin: ⃝ kontinent ⃝ teilweise inkontinent ⃝ inkontinent

Stuhl: ⃝ kontinent ⃝ teilweise inkontinent ⃝ inkontinent

Hilfsmittel: ⃝ Windeln ⃝ Vorlagen ⃝ Urinflasche ⃝ Katheter ⃝ Puffi

⃝ Sonstige:

Kau/Schluckstörungen: ⃝ keine ⃝ hat Störung ⃝ Magensonde

Schlafstörung: ⃝ keine ⃝ gelegentlich   
 ⃝ Schlaf/ Wachrhythmus gestört   
  
Wenn ja, genauer beschreiben:   
  
**Kurze Charakterbeschreibung des Patienten (wissenswertes im Umgang)**

Beginn und Art der Versorgung

Beginn: Dauer des Einsatzes:

Pflegestufe: ⃝ keine ⃝ 1 ⃝ 2 ⃝ 3 ⃝ Härtefall   
 ⃝ Pflegestufebeantragt: welche, wann \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pflegedienst:

Erfolgt derzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst: ⃝ ja ⃝ nein

Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden: ⃝ ja ⃝ nein

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Wie oft:

|  |  |
| --- | --- |
| Ambulanter Pflegedienst  Name:  PLZ/ Ort:  Straße/ Hausnummer: | Ansprechpartner  Name:  Telefon:  Handy:  Fax: |

Hilfe bei folgenden Tätigkeiten erforderlich  
  
Körperpflege: ⃝ selbständig ⃝ braucht Hilfe ⃝ volle Übernahme

An-/auskleiden:⃝ selbständig ⃝ braucht Hilfe ⃝ volle Übernahme

Essen und Trinken: ⃝ selbständig ⃝ braucht Hilfe   
 ⃝ volle Übernahme ⃝ Essen herrichten  
 ⃝ Essen Mundgerecht herrichten / schneiden

Haushaltsversorgung  
Soll der Haushalt neben der Pflege / Betreuung mit übernommen werden?

**⃝** ja  **⃝**nein ⃝ nach Bedarf

Wenn ja, was? ⃝ kochen ⃝ Reinigung der Wohnung  
 ⃝ waschen ⃝ bügeln ⃝ einkaufen ⃝Fenster putzen ⃝ Sonstiges:

Tagesstruktur

|  |  |
| --- | --- |
| Morgens  Wann steht der Patient auf? - Uhrzeit:  Körperpflege: ⃝ ja ⃝ nein  Frühstück zubereiten: ⃝ ja ⃝ nein  Frühstück anreichen: ⃝ ja ⃝ nein  Medikamenten-  Einnahme: ⃝ ja ⃝ nein  Sonstige Beschreibung:  Vormittags  Hauswirtschaftliche ⃝ ja ⃝ nein Versorgung:  Sonstige Beschreibung:  Nachmittags Mittagessen zubereiten: ⃝ ja ⃝ nein   Mittagessen anreichen: ⃝ ja ⃝ nein  Medikamenten- einnahme ⃝ ja ⃝ nein  Mittagsschlaf ⃝ ja   von bis Uhr  Sonstige Beschreibung: | Abends Abendessen zubereiten: ⃝ ja ⃝ nein   Abendessen anreichen: ⃝ ja ⃝ nein  Medikamenten- einnahme: ⃝ ja ⃝ nein  Körperpflege: ⃝ ja ⃝ nein   Wann geht der Patient ins Bett? – Uhrzeit:  Sonstige Beschreibung  Nachts Nächtlicher Hilfebedarf: ⃝ ja ⃝ nein ⃝ manchmal  wie oft? \_\_\_\_ / Nacht  Medikamenten- einnahme: ⃝ ja ⃝ nein  Sonstige Beschreibung: |

Arbeitsbedingungen

Einsatzzeit pro Tag (Dauer in Stunden):

Nachteinsätze: ⃝ nein ⃝ ab und zu ⃝ häufig ⃝ jede Nacht

Beschreibung:   
  
Freizeit

⃝ Stundenweise \_\_\_\_ Stunden täglich ⃝ 1Tag/pro Woche:

⃝ zwei halbe Tage pro Woche: ⃝ nach Absprache

Personalprofil

Geschlecht: ⃝ Frau ⃝ Mann ⃝ egal

Alter ⃝ bis 30 ⃝ bis 40 ⃝ über 40 ⃝ egal

Körperform ⃝ kräftig, starkes Heben ⃝ egal

Sprachkenntnisse ⃝ gut ⃝ mittel ⃝ ausreichend

Führerschein ⃝ ja ⃝ nein

Raucher ⃝ ja ⃝ nein ⃝ egal

Krankenschwester erforderlich: ⃝ ja ⃝ nein

Erfahrung Erforderlich mit: ⃝ Demenz ⃝ Insulinspritzen ⃝ sonstige:

Weitere Beschreibung:

Rahmenbedingungen

Lage ⃝ Großstadt ⃝ Kleinstadt   
 ⃝ Dorf ⃝ ländlich

Wohnsituation ⃝ Villa ⃝ Einfamilienhaus   
 ⃝ Mehrfamilienhau s ⃝ Wohnung (Etage):

Einkaufsmöglichkeiten(zu Fuß) ⃝ ca.10 Min ⃝ ca.20Min   
 ⃝ ca. 40Min ⃝ länger

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift Auftraggeber Datum/ Unterschrift Jaso Mitareiter