

ERGÄNZUNGSFRAGEBOGEN

2. Angaben zur zweiten zu betreuenden Person (Leistungsempfänger):

Name	Vorname:
Straße/Hausnr.	PLZ, Ort:
Telefon:	Mobil:
Geburtsdatum:	

Größe	Gewicht:
-------	----------

Pflegegrad:	ja	nein
Falls ja, welcher:	1 2 3 4 5	Beantragt: 1 2 3 4 5

Pflegedienst: Erfolgt zur Zeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst: ja nein

Wie oft? _____

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden: ja nein

3. Gesundheitszustand der zu betreuenden Person:

Welche Krankheitsbilder wurden diagnostiziert?

altersbedingte Gehschwäche	Asthma	Osteoporose	Schlaganfall
Diabetes	Diabetes insulinpflichtig	beginnende Demenz	Demenz fortgeschritten
Herzrhythmusstörung	Herzinsuffizienz	Hypertonie	Rheuma
Parkinson	MS	chronische Durchfälle	Stoma
Tumor	Depression	Alzheimer	Dekubitus
Allergien			

sonstige bekannte Krankheiten: _____

www.seniorenbetreuung-godek.de

Kommunikationsfähigkeit

Sprache:	keine	mäßige	massive Einschränkungen
Hörvermögen:	keine	mäßige	massive Einschränkungen
Sehkraft:	keine	mäßige	massive Einschränkungen

Hilfsmittel

Hörgerät:	ja	nein
Brille:	ja	nein

Orientierung

zeitlich:	keine	mäßige	massive Einschränkungen
örtlich:	keine	mäßige	massive Einschränkungen
persönlich:	keine	mäßige	massive Einschränkungen

Mentale Verfassung

klar	apathisch	teilnahmslos	verwirrt	aggressiv
------	-----------	--------------	----------	-----------

Mobilität

uneingeschränkt mobil	leicht gehbehindert	sturzgefährdet	benutzt Rollator
benutzt Rollstuhl	schwer gehbehindert	bettlägerig	

Treppensteigen

selbständig	mit Unterstützung	nicht möglich	Treppenlift
-------------	-------------------	---------------	-------------

Transfer Bett/Rollstuhl

selbständig			
mit Unterstützung des Betreuungspersonals / der Patient kann dabei			
zeitweise selbständig aufstehen	aktiv mithelfen	teilweise mithelfen	nicht mithelfen
bettlägerig/ kein Transfer			

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

Pflegebett	Rollstuhl	Rollator	Personenlift
Badewannenlift	Dekubitusmatratze		
sonstige:			

Körperpflege

selbständig	teilweise selbständig	unter Anleitung	vollständige Unterstützung
-------------	-----------------------	-----------------	----------------------------

Baden/ Duschen

selbständig	braucht Hilfe	vollständig hilfsbedürftig
-------------	---------------	----------------------------

An-/ Auskleiden

selbständig	braucht Hilfe	vollständig hilfsbedürftig
-------------	---------------	----------------------------

Essen/ Trinken

selbständig	braucht Hilfe	vollständig hilfsbedürftig
-------------	---------------	----------------------------

Urinkontrolle

kontrolliert	teilweise inkontinent	inkontinent
--------------	-----------------------	-------------

www.seniorenbetreuung-godek.de

Hilfsmittel

Windeln

Einlagen

Urinflasche

Katheter

Stuhlkontrolle

kontrolliert

teilweise inkontinent

inkontinent

Kau-u. Schluckstörungen

keine

sporadische Störungen

PEG Sonde

Nahrungskarenz

Trinkkarenz

Diät

keine

falls ja, welche: _____

Ein-/ Durchschlafen

keine Probleme

sporadische Störungen

Schlaf-/ Wachrhythmus gestört

Wie oft steht die zu betreuende Person jede Nacht auf?

0 mal

1 mal

öfters als 1 mal

Benötigt die zu betreuende Person Hilfe in der Nacht?

ja

nein

Wenn ja, welche Hilfestellung wird benötigt? _____

Wichtiger Hinweis: Wir bieten keine regelmäßige Hilfestellung in der Nacht an.

Aktuelle Therapien

keine

Krankengymnastik

Logopädie

sonstige: _____

Hat die zu betreuende Person ansteckende Krankheiten oder Keime?

nein

ja, folgende: _____

Beschreiben Sie bitte das Wesen und den Charakter der zu betreuenden Person

Datenschutz: In diesem Fragebogen werden personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheits-daten, erfasst. Wir benötigen diese Daten zum Zwecke der Anbahnung der von Ihnen gewünschten Dienstleistung der Betreuung in der häuslichen Umgebung. Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese gewissenhaft gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden, geben sie nur an beteiligte Partnerunternehmen weiter und schützen sie durch angemessene technische und organisatorische Maßnahmen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____