

## Kontaktformular

### Kontaktperson

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße/Hausno. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Tel. (Haus) \_\_\_\_\_  
Tel. (Arbeit) \_\_\_\_\_  
Tel. mobil \_\_\_\_\_  
E-Mailadresse \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad  
zum Patienten \_\_\_\_\_

Wohnt der Patient/die Patientin alleine?

### Patient(in)

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße/Hausno. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Tel. (Haus) \_\_\_\_\_  
Tel. (Arbeit) \_\_\_\_\_  
Tel. mobil \_\_\_\_\_  
E-Mailadresse \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Gewicht (in kg) \_\_\_\_\_  
Größe (in cm) \_\_\_\_\_

ja  nein

### Fragen zum Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Demenz                     | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz              | <input type="checkbox"/> Hypertonie        |
| <input type="checkbox"/> Asthma                     | <input type="checkbox"/> Alzheimer                      | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                  | <input type="checkbox"/> Tumor                          | <input type="checkbox"/> Depression        |
| <input type="checkbox"/> Stoma                      | <input type="checkbox"/> andere psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Inkontinenz       |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose          | <input type="checkbox"/> Dekubitus                      | <input type="checkbox"/> Diabetes          |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                | <input type="checkbox"/> Allergien                      | <input type="checkbox"/> Rheuma            |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen           | <input type="checkbox"/> andere chronische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt       |
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                   |  |

sonstige Krankheiten: \_\_\_\_\_

## Fragen zur momentanen Bewegungsfähigkeit des Patienten/der Patientin

### Wie bewegungsfähig ist der Patient/die Patientin?

- uneingeschränkt bewegungsfähig       bewegungsfähig mit Unterstützung  
 überwiegend im Rollstuhl       bettlägerig

### Wie gut kann der Patient/die Patientin Treppen steigen?

- selbständig möglich       hilft mit       komplett hilfebedürftig

Hilfsmittel beim Treppensteigen: \_\_\_\_\_

### Wie gut kann der Patient/die Patientin baden bzw. duschen?

- selbständig möglich       benötigt Hilfe       komplett auf Hilfe angewiesen

Hilfsmittel beim Baden bzw. Duschen \_\_\_\_\_

## Fragen zur Körperhygiene des Patienten

### Gesicht

- selbständig       teilweise selbständig       unter Anleitung       komplette Unterstützung

### Mundpflege bzw. Zahnprothese

- selbständig       teilweise selbständig       unter Anleitung       komplette Unterstützung

### Oberkörper

- selbständig       teilweise selbständig       unter Anleitung       komplette Unterstützung

### Gesäß & Beine

- selbständig       teilweise selbständig       unter Anleitung       komplette Unterstützung

### Intimpflege

- selbständig       teilweise selbständig       unter Anleitung       komplette Unterstützung

### Haare waschen bzw. kämmen

- selbständig       teilweise selbständig       unter Anleitung       komplette Unterstützung

### Rasieren

- selbständig       teilweise selbständig       unter Anleitung       komplette Unterstützung

### Handpflege

- selbständig       teilweise selbständig       unter Anleitung       komplette Unterstützung

### Fußpflege

- selbständig       teilweise selbständig       unter Anleitung       komplette Unterstützung

### Urinkontrolle

- kontinent       teilweise inkontinent (z.B. nachts)       inkontinent

### Hilfsmittel Urinkontrolle

- Windeln       Vorlagen       Urinflasche       Katheter

## Stuhlkontrolle

- kontinent       teilweise inkontinent (z.B. nachts)       inkontinent

## Hilfsmittel Stuhlkontrolle

Beschreibung: \_\_\_\_\_

## Fragen zum Alltagsleben des Patienten/der Patientin

### Wie gut kann der Patient/die Patientin sich an- bzw. auskleiden?

- selbständig möglich       benötigt Hilfe       komplett auf Hilfe angewiesen

### Wie gut kann der Patient/die Patientin essen bzw. trinken?

- selbständig möglich       benötigt Hilfe       komplett auf Hilfe angewiesen

### Steht der Patient/die Patientin nachts auf?

- nein       ja      wie oft? \_\_\_\_\_

### Sind Nachteinsätze erforderlich?

- nein       ab und zu       häufig       jede Nacht

### Ist Begleitung bei Arztbesuchen erforderlich?

- nein       ja

### Kommt der Arzt ins Haus?

- nein       ja

## Fragen zur momentanen Kommunikationsfähigkeit des Patienten/der Patientin

### Wie gut kann der Patient/die Patientin sprechen?

- nicht beeinträchtigt       mäßig beeinträchtigt       massiv beeinträchtigt

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

### Wie stark ist die Sehkraft des Patienten/der Patientin beeinträchtigt?

- nicht beeinträchtigt       mäßig beeinträchtigt       massiv beeinträchtigt

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

### Wie stark ist das Hörvermögen des Patienten/der Patientin beeinträchtigt?

- nicht beeinträchtigt       mäßig beeinträchtigt       massiv beeinträchtigt

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

## Fragen zur momentanen Pflegesituation des Patienten

### Erfolgt zurzeit Versorgung durch einen Pflegedienst?

- nein       ja

### Wie oft täglich?

- einmal       zweimal       dreimal       öfter

### Bewilligter Pflegegrad

keiner       1       2       3       4       5

### Beantragter Pflegegrad

keiner       1       2       3       4       5

### Soll dieser Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden?

nein       ja

### Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst momentan?

---

---

---

---

---

## Fragen zur Haushaltsführung

### Grundreinigung bei Eintreffen notwendig?

nein       ja

### Kochen

nein       ja      für wie viele Personen? \_\_\_\_\_

### Bügeln

nein       ja

### Wäsche Waschen

nein       ja

### Einkaufen

nein       ja

### Reinigung der Wohnung

nein       ja

### Haustiere betreuen

nein       ja      welche? \_\_\_\_\_

### Gibt es eine Haushaltshilfe?

nein       ja

### Gartenarbeit erwünscht?

nein       ja

### Sonstiges (weitere relevante Informationen):

---

---

---

---

---

## Erwartungen an die Betreuungskraft

### Geschlecht

- weiblich  männlich  egal

### Alter

- 20-30  30-40  40-50  50-60  egal

### kräftige Person

- ja  nein

### tierliebe Person

- ja  nein

### Führerschein

- ja  nein

### Nichtraucher(in)

- ja  nein

### Deutschkenntnisse

- befriedigend  gut  sehr gut

### Weitere Wünsche zur Betreuungskraft

---

---

---

---

---

## Angaben zum Einsatz

Beginn \_\_\_\_\_

Dauer

- Verhinderungspflege (einige Tage, einmalig)  
 2-4 Wochen  4-6 Wochen  6-8 Wochen  8-12 Wochen  langfristig

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Dieses Formular ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Wie sind Sie auf Hera24 aufmerksam geworden?

- Internet  Pflegedienst  Sozialstation  
 Empfehlung von \_\_\_\_\_  andere, nämlich \_\_\_\_\_