

Kontaktformular

Kontaktperson

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

Patient(in)

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

Wohnt der Patient/die Patientin alleine?

- ja nein

Fragen zum Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin

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

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
- komplett hilfebedürftig
- hilft mit

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

- selbständig möglich
- komplett auf Hilfe angewiesen
- benötigt Hilfe

Hilfsmittel beim Baden bzw. Duschen

Fragen zur Körperhygiene des Patienten/der Patientin

Gesicht

- selbständig
- unter Anleitung
- teilweise selbständig
- komplette Unterstützung

Mundpflege bzw. Zahnprothese

- selbständig
- unter Anleitung
- teilweise selbständig
- komplette Unterstützung

Oberkörper

- selbständig
- unter Anleitung
- teilweise selbständig
- komplette Unterstützung

Gesäß & Beine

- selbständig
- unter Anleitung
- teilweise selbständig
- komplette Unterstützung

Intimpflege

- selbständig
- unter Anleitung
- teilweise selbständig
- komplette Unterstützung

Haare waschen bzw. kämmen

- selbständig
- unter Anleitung
- teilweise selbständig
- komplette Unterstützung

Rasieren

- selbständig
- unter Anleitung
- teilweise selbständig
- komplette Unterstützung

Handpflege

- selbständig
- unter Anleitung
- teilweise selbständig
- komplette Unterstützung

Fußpflege

- selbständig
- unter Anleitung
- teilweise selbständig
- komplette Unterstützung

Urinkontrolle

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

Hilfsmittel Urinkontrolle

- Windeln
- Urinflasche
- Vorlagen
- Katheter

Stuhlkontrolle

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

Hilfsmittel Stuhlkontrolle

Beschreibung: _____

Fragen zum Alltagsleben des Patienten/der Patientin

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

- selbständig möglich
- komplett auf Hilfe angewiesen
- benötigt Hilfe

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

- selbständig möglich
- komplett auf Hilfe angewiesen
- benötigt Hilfe

Steht der Patient/die Patientin nachts auf?

- ja
- nein

Sind Nachteinsätze erforderlich?

- nein
- häufig
- ab und zu
- jede Nacht

Ist Begleitung bei Arztbesuchen erforderlich?

- ja
- nein

Kommt der Arzt ins Haus?

- ja
- nein

Fragen zur momentanen Kommunikationsfähigkeit des Patienten/der Patientin

Wie gut kann der Patient/die Patientin sprechen?

- nicht beeinträchtigt
- massiv beeinträchtigt
- mäßig beeinträchtigt

Hilfsmittel:

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

- nicht beeinträchtigt
- massiv beeinträchtigt
- mäßig beeinträchtigt

Hilfsmittel:

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

- nicht beeinträchtigt
- massiv beeinträchtigt
- mäßig beeinträchtigt

Hilfsmittel:

Fragen zur momentanen Pflegesituation des Patienten/der Patientin

Erfolgt zurzeit Versorgung durch einen Pflegedienst?

- ja nein

Wie oft täglich?

- einmal zweimal
 dreimal öfter

Pflegegrad

- keine 1
 2 3

Beantragter Pflegegrad

- keine 1
 2 3

Soll dieser Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden?

- ja nein

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst momentan?

Fragen zur WOHNSITUATION des Patienten/der Patientin

Wohnt der Patient in

- einer Wohnung einem Haus

Größe des Hauses/der Wohnung (nicht des Gartens) (in m²):

Wieviele Zimmer hat das Haus/ die Wohnung

Wohnen Angehörige im selben Haus ?

- ja nein

Wohnen Angehörige in der Nähe ?

- ja nein

Wie häufig kommen Angehörige zu Besuch

- mehrmals im Jahr
- mehrmals in der Woche
- mehrmals im Monat

Fragen zur Haushaltsführung des Patienten/der Patientin

Grundreinigung bei Eintreffen notwendig?

- ja
- nein

Kochen

- ja
- nein

Bügeln

- ja
- nein

Wäsche Waschen

- ja
- nein

Einkaufen

- ja
- nein

Reinigung der Wohnung

- ja
- nein

Haustiere betreuen

- ja
- nein

Gibt es eine Haushaltshilfe?

- ja
- nein

Gartenarbeit erwünscht?

- ja
- nein

Sonstiges (weitere relevante Informationen):

Erwartungen an die Betreuungskraft des Patienten/der Patientin

Geschlecht

- weiblich
- egal
- männlich

Alter

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

kräftige Person

- ja
- nein

tierliebe Person

- ja
- nein

Führerschein

- ja
- nein

Nichtraucher(in)

- ja
- nein

Deutschkenntnisse

- befriedigend
- sehr gut
- gut

Soll die Betreuungskraft gegen Covid geimpft sein ?

- ja
- nein

Weitere Wünsche zur Pflegekraft

Monatliche Betreuungskosten des Patienten/der Patientin

Bitte wählen Sie welche Preisoption Sie in Anspruch nehmen möchten:

Option

- | | Betreuungspreis |
|--|------------------------|
| 1. Schwache Deutschkenntnisse, wenig Erfahrung, Pflegegrad 0 bis 2 | € 2.399,- |
| 2. Schwache Deutschkenntnisse, viel Erfahrung, Pflegegrad 0 bis 3 | € 2.499,- |
| 3. Kommunikative Deutschkenntnisse, wenig Erfahrung, Pflegegrad 0 bis 3 | € 2.599,- |
| 4. Kommunikative Deutschkenntnisse, viel Erfahrung, Pflegegrad 0 bis 5 | € 2.699,- |
| 5. Gute /sehr gute Deutschkenntnisse, viel Erfahrung, Pflegegrad 3 bis 5 | ab € 2.799,- |
- 1 2 3 4 5

Bitte wählen Sie welche Option bei Ihnen zutrifft:

Option

- | | Zuschlag: |
|--|------------------|
| 1. Zweite Person im Haushalt, nur Haushaltsführung ohne
Betreuungsleistungen | € 200,- |
| 2. Zweite Person im Haushalt, Haushaltsführung und Betreuungsleistungen,
Pflegegrad 0 bis 3 | € 300,- |
| 3. Zweite Person im Haushalt, Haushaltsführung und Betreuungsleistungen,
Pflegegrad 4 bis 5 | ab € 400,- |
- 1 2 3

Angaben zum Einsatz

Beginn

Dauer

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 2-4 Wochen | <input type="radio"/> 4-6 Wochen |
| <input type="radio"/> 6-8 Wochen | <input type="radio"/> 8-12 Wochen |
| <input type="radio"/> langfristig | <input type="radio"/> Verhinderungspflege (einige Tage, einmalig) |

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?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Internet | <input type="radio"/> Pflegedienst |
| <input type="radio"/> Sozialstation | <input type="radio"/> Empfehlung von |
| <input type="radio"/> andere, nämlich | |