

Bei einem Vertragsabschluss wird dieses Formular ein Bestandteil des Dienstleistungsvertrages. Wir sichern Ihnen zu, dass die Daten vertraulich behandelt werden. Die Weitergabe Ihren Angaben ist nur zur Sicherung der Erbringung der Leistung und nur in einem absolut notwendigen Ausmaß zulässig.

Ab wann soll die Betreuung stattfinden? _____

Gewünschte Dauer der Betreuung: _____

I. Daten der zu betreuenden Person:

Allgemeine Angaben:

Anrede:	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Vorname:	
Nachname:	
Geburtsdatum:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Telefonnummer Festnetz:	
Telefonnummer Mobil:	
Gewicht / Körpergröße:	

Angaben zum Gesundheitszustand

Gesundheitsmerkmale

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Lähmung | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Weglauftendenz | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |

ggf. weitere Gesundheitsmerkmale: _____

Urinkontrolle: ☐ kontinent ☐ inkontinent ☐ teilweise inkontinent (z.B. in der Nacht)

Hilfsmittel: ☐ Windeln ☐ Katheter ☐ Urinflasche ☐ Vorlagen

Stuhlkontrolle: ☐ kontinent ☐ inkontinent ☐ teilweise inkontinent (z.B. in der Nacht)

Hilfsmittel: _____

Betreuung in der Nacht: ☐ nein ☐ selten, in der Regel nicht ☐ ja

Wenn ja, in welcher Form, wie oft: _____

Mobilität: ☐ selbständig ☐ selbständig mit Rollator ☐ im Rollstuhl
☐ überwiegend im Rollstuhl ☐ bettlägerig

ggf. Zusatzinformationen: _____

Falls zutreffend – Transfer Bett / Rollstuhl:

☐ selbständig ☐ hilft mit ☐ komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel in der Wohnung / im Haus:

☐ Krankenbett ☐ Rollator ☐ Rollstuhl
☐ Toilettenstuhl ☐ Badewannenlift ☐ Treppenlift

Pflegegrad: ☐ keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Wurde wegen Veränderung des Gesundheitszustandes die Neueinstufung in einen anderen Pflegegrad beantragt? ☐ ja ☐ nein

Erfolgt z. Zt. Versorgung durch Pflegedienst? ☐ nein ☐ ja Wenn ja – wie oft, welche Leistungen?

Der Pflegedienst wird weiterhin kommen: ☐ ja ☐ nein ggf. Zusatzinformationen: _____

Hilfestellung / Betreuung notwendig bei:

☐ An- und Auskleiden ☐ Körperpflege
☐ Baden / Duschen ☐ Windeln wechseln ☐ Toilettengang
☐ Essen / Trinken ☐ Wäschepflege ☐ Wohnungsreinigung
☐ Spazierengehen ☐ Mahlzeitenzubereitung ☐ Einkaufen

Sonstiges: _____

Wohnsituation:

Die Person wohnt alleine: ☐ ja ☐ nein, mit _____

Angaben zum Haushalt: ☐ Wohnung ☐ Haus ☐ Garten

Haustiere: ☐ nein ☐ ja wenn ja, welche? _____

II. Angaben zur Kontaktperson / zum Auftraggeber:

Vorname:	
Nachname:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Telefonnummer Festnetz:	
Telefonnummer Mobil:	
E-Mail -Adresse:	
Verwandtschaftsgrad:	
Bevollmächtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Im Falle des Zustandekommens des Vertrages

Wer soll der Vertragspartner werden? ☐ die Kontaktperson ☐ die zu betreuende Person

Versand der Rechnung an die E-Mail -Adresse: ☐ der Kontaktperson
☐ andere: _____

Rechnungsstellung per Post: ☐ ja, an die adresse der Kontaktperson
☐ ja, an die Adresse der zu betreuenden Person
☐ nein, ist nicht notwendig

III. Anforderungen an das Betreuungspersonal:

Geschlecht: ☐ Frau ☐ Mann ☐ irrelevant

Alter: ☐ bis 35 ☐ 35-50 ☐ ab 50 ☐ irrelevant

Führerschein und Fahrerfahrung: ☐ nein ☐ ja ☐ gern gesehen, jedoch nicht ausschlaggebend

Sonstige Wünsche / Anforderungen an das Betreuungspersonal:

IV. Unterkunft der Betreuungskraft:

Der Betreuungskraft stehen zur Verfügung:

- | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> eigenes Zimmer | <input type="checkbox"/> eigenes WC | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Internet kann eingerichtet werden |
| <input type="checkbox"/> eigenes Bad | <input type="checkbox"/> Badmitbenutzung | <input type="checkbox"/> Fernseher | <input type="checkbox"/> Fahrrad |
| <input type="checkbox"/> Flatrate für polnisches Tel.-Festnetz | | | |

V. Weitere Angaben:

Schreiben Sie uns bitte, falls vorhanden, einen kurzen Tagesablauf der zu betreuenden Person:

(hier ist auch Platz für alle anderen Informationen, die Sie uns ggf. noch mitteilen möchten)

Ich versichere, dass die gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Datum und Ort:

Name (lesbar),

Unterschrift:

ausgefüllt bitte senden an: Richard Miosga, Nornenstr. 10a, 90461 Nürnberg
oder per E-Mail an: kontakt@pflegedaheim-24.com