

## FRAGEBOGEN ZUR ANGEBOTSERSTELLUNG

per E-Mail bitte an: info@medisina.de

### Allgemeine Angaben Angaben zum Hilfebedürftigen

Name :

Vorname :

Geburtsdatum :

Adresse :

Straße :

Hausnummer :

PLZ :

Ort:

Postfach:

Telefonnummer :

Mobil-Nummer :

E-Mail Adresse :

Größe :

Gewicht :

Wohnt der Patient alleine?

### Angaben zur Kontaktperson

Name :

Vorname :

Adresse :

Straße :

Hausnummer :

PLZ :

Ort :

Postfach:

Telefonnummer :

Mobil-Nummer :

Beziehung z. Hilfebedürftigen / Verwandtschaftsgrad:

## Diagnosen:

- |   |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma      | <input type="checkbox"/> Beginn Demenz     | <input type="checkbox"/> Diabetes              |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall               | <input type="checkbox"/> Dekubitus   | <input type="checkbox"/> Demenz            | <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig      |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung        | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Allergien             |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz           | <input type="checkbox"/> Rheuma      | <input type="checkbox"/> Parkinson         | <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie                 | <input type="checkbox"/> Stoma       | <input type="checkbox"/> Depression        | <input type="checkbox"/> Tumor                 |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |  |
| <input type="checkbox"/> sonstige                   |                                      |  |  |

## Pflegegrad

Kein Pflegegrad :

Wenn ja, welche ?

Beantragt:  ja,  nein

## Pflegedienst:

Erfolgt z. Zt. Versorgung durch Pflegedienst:  ja  nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden:  ja  nein

## Probleme in der Kommunikation:

Sprache:  keine  mäßige  massive Probleme

Hörvermögen:  keine  mäßige  massive Probleme

Sehkraft:  keine  mäßige  massive Probleme

Hilfsmittel: :

Hörgerät: :  ja  nein

Brille: ja  nein

### Probleme in der Orientierung:

- Zeitliche:             ja                                     zeitweise                     massive Probleme  
Örtliche:              ja                                     zeitweise                     massive Probleme  
Persönliche: ja                                         zeitweise                     massive Probleme

### Bewegung:

- selbstständig     mit Unterstützung     überwiegend im Rollstuhl     bettlägerig

Hilfsmittel: .....

### Treppensteigen:

- selbstständig     mit Unterstützung     nicht möglich

Hilfsmittel:.....

### Transfer Bett/ Rollstuhl:

- selbstständig     hilft mit     komplett hilfsbedürftig     bettlägerig/ kein Transfer

Hilfsmittel:

- Pflegebett     Lift     Dekubitusmatraze     Rollstuhl     Rollator

### Baden/ Duschen:

- selbstständig                     braucht Hilfe                     komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

## Körperpflege:

	selbstständig		teilweise selbstständig		unter Anleitung		komplette Unterstützung	
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/ Zahnprothese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen / waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Urinkontrolle:**  Kontinent  teilweise inkontinent z.B. nachts  inkontinent

Hilfsmittel:  Windeln  Vorlagen  Urinflasche  
 Katheter  suprapubischer Katheter

**Stuhlkontrolle:**  Kontinent  teilweise inkontinent z.B. nachts  inkontinent

Hilfsmittel:

**An-/ Auskleiden:**  selbstständig  braucht Hilfe  komplett hilfsbedürftig

**Essen /Trinken:**  selbstständig  braucht Hilfe  komplett hilfsbedürftig

## Kau- u. Schluckstörungen:

keine  Störungen  PEG Sonde  
 Nahrungskarenz  Trinkkarenz

**Diät:**

keine  wenn ja, welche:

**Ein- / Durchschlafen:**

keine Probleme  sporadische Störungen  Schlaf- wach- Rhythmus gestört

**Wie oft steht der Patient jede Nacht auf:**

1Mal  2-3 mal  mehr als 3 Mal

Bekommt Schlafmittel:  ja  nein

**Aktuelle Therapien:**  keine  Krankengymnastik  Logopädie

sonstige:

**Bitte beschreiben Sie das Wesen und den Charakter des Patienten:**

### Ausstattung des Zimmers für den/ die Betreuer/in

- eigenes Bad     Bett     Tisch     Schrank     Radio     TV  
 Computer     Internetzugang

Bemerkungen

### Zusätzliche Voraussetzungen:

Haustiere.  keine     wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden:  ja     nach Bedarf     nein    Einkäufe/

### Kochen/ Essenvorbereitung:

immer     ab und zu     nein

Waschen:  immer   

gelegentlich  nein

### Bügeln:

immer     gelegentlich     nein

### Begleitung bei Arztbesuchen:

immer     gelegentlich     nein

Gibt es eine Haushaltshilfe:     nein     wenn ja, wie oft kommt diese in der Woche:

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt:

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen **nach meinem besten Wissen** und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind:

---

Unterschrift, Datum

## Tagesstruktur

<b>Morgens:</b>			
<input type="text"/> wecken um:		Uhr	<input type="text"/> ausschlafen lassen
Baden/ Duschen			pro Woche

<b>Vormittags:</b>	

<b>Mittags:</b>	

<b>Nachmittags:</b>	

<b>Abends:</b>	
<b>Nachts:</b>	
Welche Hobbys hat der Patient?	