

Erhebungsbogen

Bitte senden Sie den ausgefüllten Erhebungsbogen

- per E-Mail an service@mcare.pl
- per Fax an +48 12 421 22 92

A. Allgemeine Angaben des Patienten und der Kontaktperson

Kontaktperson

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefonnummer (Mobil): _____

Telefonnummer (Privat): _____

Telefonnummer (Büro): _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____ Bevollmächtigt? Ja Nein

Wer unterschreibt den Vertrag?: Kontaktperson Patient Sonstiger: _____

Patient

Name, Vorname: _____

Geschlecht: Weiblich Männlich Geburtsdatum: _____

Gewicht: _____ Größe: _____

Familienstand: Verheiratet Alleinstehend

Andere Personen im Haushalt: _____

Pflegebedürftige Mitbewohner: _____

Adresse: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefonnummer (Mobil): _____

Telefonnummer (Privat): _____

E-Mail: _____

Pflegestufen

Keine: Eingeschr. Alltagskompetenz: ja nein

Falls ja, welche: 1. 2. 3.

Beantragt: 1. 2. 3.

B. Angaben über die Pflegesituation

Diagnosen

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Altersbe. Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Chronische Diarrhoe |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Mult. Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Diabetes (m. Insulin) | <input type="checkbox"/> Tumore | |
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankh.? | <input type="checkbox"/> Sonstige: | | |

Ambulante Pflegedienste vor Ort

- Ist aktuell ein Pflegedienst beauftragt: Ja Nein
- Falls Ja, wie oft kommen Pfleger pro Tag: _____
- Wird Pflegedienst auch zukünftig genutzt? Ja Nein
- Welche Aufgaben verrichten die Pfleger: _____

Orientierungsvermögen

- | | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|
| Persönlich: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Temporär | <input type="checkbox"/> Sehr eingeschränkt |
| Örtlich: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Temporär | <input type="checkbox"/> Sehr eingeschränkt |
| Zeitlich: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Temporär | <input type="checkbox"/> Sehr eingeschränkt |

Mobilitätsfunktion – Generell

- Selbständig Leicht gehbehindert Rollator erforderlich Rollstuhl erforderlich Bettlägerig
- Andere Hilfsmittel: _____

Mobilitätsfunktion – Bett / Rollstuhl / Bett

- Selbständig Mit Unterstützung Komplette hilfsbedürftig Bettlägerig (kein Transfer)

Vorhandene Hilfsmittel:

- Pflegebett Lift Dekubitus-Matratze Rollstuhl Rollator

Urinkontrolle

- Kontinent Teilw. inkontinent Inkontinent

Hilfsmittel:

- Windeln Vorlagen Urinflasche Katheter
- Suprapubischer Katheter

Stuhlkontrolle

- Kontinent Teilw. inkontinent Inkontinent

An- / Auskleiden

- Selbständig Mit Hilfe Vollständig hilfsbedürftig

Baden bzw. Duschen und Körperpflege

Baden/Duschen:	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Komplett hilfsbedürftig	
	Selbstständig	Teilweise Selbstständig	Unter Anleitung	Kompl. Unterstützung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege:	<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"/>
Gesäß/Beine:	<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"/>
Haare waschen:	<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"/>
Handpflege:	<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"/>

Essen / Trinken

Selbstständig Mit Hilfe Vollständig hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen

Keine Störungen PEG Sonde Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät bzw. Speiseplan

Keine Falls ja, was genau:

Einschlafen und Durchschlafen

Problemlos gelegentliche Störungen Einnahme Schlafmittel: Ja Nein Gelegentlich

Nachteinsätze

Keine Sporadisch 1-2 Einsätze pro Nacht Mehr als 3 Einsätze pro Nacht

Bitte beschreiben Sie die Charaktereigenschaften und das Wesen des Patienten (ggf. Hobbys, Interessen)

C. Anforderungen an das Personal**Profil des Personals**

-
- Männlich
-
- Weiblich
-
- Egal

Sprachkenntnisse:

<input type="checkbox"/> Sehr gut (verstehen und sprechen fließend)	<input type="checkbox"/> Gut (verstehen gut, einfache Unterhaltung möglich)	<input type="checkbox"/> Befriedigend (kommunikationsfähig, sprechen nicht grammatikalisch)	<input type="checkbox"/> Ausreichend (verstehen einzelne Wörter, Verständigung schwierig)
------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

Führerschein:

-
- Ja, mit Fahrpraxis
-
- Nicht notwendig

Rauchen gestattet?

-
- Ja, im Freien
-
- Nein

Welche Erwartungen stellen Sie an die von MediCare Services vermittelte Betreuungskraft?

D. Haushalt und Wohnsituation**Rahmenbedingungen****Wohnsituation:**

-
- Einfamilienhaus
-
- Mehrfamilienhaus
-
- Wohnung
-
-
- Großstadt
-
- Kleinstadt
-
- Dorf
-
- ländlich

Einkaufsmöglichkeiten vor Ort (zu Fuß erreichbar):

-
- bis 10 min
-
- bis 20 min
-
- bis 40 min
-
- bis 60 min
-
- > 1 Stunde

Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft:

-
- eigenes Bad
-
- eigenes Bett
-
- Tisch
-
- Schrank
-
- Radio
-
-
- TV
-
- Computer
-
- Internetzugang

Zusätzliche Informationen und Voraussetzungen**Haustiere:**

-
- keine
-
- Wenn ja, welche:

Sollen diese Tiere mit versorgt werden?

-
- Ja
-
- Nach Bedarf
-
- Nein

Betreuung und Hilfestellung bei:

Einkäufe: Ja Nein

Kochen: Ja Nein

Wohnungsreinigung: Ja Nein

Leichte Gartenarbeit: Ja Nein

Ausflüge: Ja Nein

Freizeitgestaltung: Ja Nein

Spazieren gehen: Ja Nein

Wäsche waschen: Ja Nein

Bügeln: Ja Nein

Haushaltshilfe vorh.: Ja Nein

Falls ja, wie oft in der Woche:

Begleitung bei Arztbesuchen und Apothekenbesuchen:

Immer Gelegentlich Nie

Gewünschter Starttermin für die Betreuung:

E. Normale Tagesstruktur

Morgens:

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

F. Abschließende Bemerkungen**Zusammenfassung**

Abschließend bitten wir Sie noch um eine kurze Einschätzung, wie Sie den Betreuungsaufwand sehen:

- Gering Mäßig Umfangreich Erheblich

Unser Personalvorschlag bei gegebener Pflegesituation ist abhängig von der pflegerischen Erfahrung und der Deutschkenntnisse unserer Kräfte. Bitte geben Sie bei offenen Fragen Ihre Präferenz an:

- Berufliche und pflegerische Erfahrung oder Deutschkenntnisse

Wie sind Sie auf MediCare Services aufmerksam geworden?

- Familie / Bekannte Internet Krankenhaus
 Pflegedienst Broschüre
 Sonstiges: _____

Haben Sie sonstige Fragen oder Anregungen?

Wir bitten Sie, den Erhebungsbogen zu unterzeichnen. Sie bestätigen hiermit nur die Richtigkeit der Angaben. Ihre Unterschrift führt zu keinem Auftrag. Die Erstellung des Suchprofils und Ihres individuellen Angebotes, welches auf Grundlage der in diesem Erhebungsbogen gemachten Angaben beruht, ist für Sie **unverbindlich** und **kostenfrei**.

Ort

Datum

Unterschrift