KWH Seniorenbetreuung Fellbach
Region Hessen, Saarland, Rheinland-Pfalz
Ihr Partner für Tages- und 24h Betreuung

KWH Seniorenbetreuung Fellbach
Gartenstraße 34 - 70734 Fellbach
Telefon: 0711 - 96899375
Telefax: 07154 - 805696
www.pflegehilfe-daheim.de
info@pflegehilfe-daheim.de

Bitte (unbedingt) gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen

1. Angaben zur Kontaktperson

Nachname:_____ Vorname:_____

Ort, PLZ:_____ Straße:_____

Telefon (zu Hause):_____ Telefon (geschäftlich):_____

Telefon (mobil):_____ E-Mail:_____

Telefax:_____ Verwandtschaftsgrad_____
(zwischen dem Betreuungsbedürftigen und der Kontaktperson)

2. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Nachname:_____ Vorname:_____

Ort, PLZ:_____ Straße:_____

Telefon (zu Hause):_____ Telefon (geschäftlich):_____

Telefon (mobil):_____ E-Mail:_____

Telefax:_____ Geburtsdatum:_____

Größe:_____cm Gewicht:_____kg Raucher: □ ja □ nein

Pflegestufe: □ keine □ 1 □ 2 □ 3 □ Härtefall □ beantragt

Pflegeversicherung: □ gesetzlich □ privat

Sprache: □ gut □ eingeschränkt □ nicht möglich

Sehkräfte: □ gut □ eingeschränkt □ massive Probleme

Hörvermögen: □ gut □ eingeschränkt □ massive Probleme

Brille: □ ja □ nein

Hörgerät: □ ja □ nein

Nächtliche Hilfe: □ nicht erforderlich □ erforderlich: Wie oft? _____

Bewegung: □ ohne Hilfe □ mit Hilfe □ Rollator □ Rollstuhl □ Pflegebett

Treppensteigen: □ selbstständig □ mit Unterstützung □ nicht möglich

Transfer (Bett/Rollstuhl): □ selbstständig □ mit etwas Hilfe □ nur mit Hilfe

Hilfsmittel: □ Krücken/Stock □ Rollator □ Rollstuhl □ Pflegebett

Zeitliche und örtliche Orientierung: □ gut □ zeitweise □ Probleme

Geistiger Zustand: □ klar □ nicht ansprechbar □ verwirrt □ teilnahmslos

Toilettengang: □ selbstständig □ mit Hilfe □ Vollinkontinenz □ Teilinkontinenz

Baden/Duschen: □ selbstständig □ mit Hilfe □ komplett hilfsbedürftig

Essen: □ selbstständig □ mit Hilfe □ komplett hilfsbedürftig

Kau- und Schluckstörungen: □ ja □ nein

Diät: □ ja □ nein

□ wenn ja, welche? _____

Krankheiten:_____

Allergien:_____

Hobbys:_____

Ist ein Pflegedienst beauftragt? □ ja □ nein

Wenn ja, wird der Pflegedienst weiterhin kommen? □ ja □ nein

Pflegedienstleistungen_____

Gesicht: □ selbstständig □ mit Hilfe □ komplett hilfsbedürftig

Körper: □ selbstständig □ mit Hilfe □ komplett hilfsbedürftig

Gesäß: □ selbstständig □ mit Hilfe □ komplett hilfsbedürftig

Intimpflege: □ selbstständig □ mit Hilfe □ komplett hilfsbedürftig

Rasieren: □ selbstständig □ mit Hilfe □ komplett hilfsbedürftig

Haarwäsche: □ selbstständig □ mit Hilfe □ komplett hilfsbedürftig

Mundpflege: □ selbstständig □ mit Hilfe □ komplett hilfsbedürftig

An- und Auskleiden: □ selbstständig □ mit Hilfe □ komplett hilfsbedürftig

Zusätzliche Angaben: _____

_____

_____

3. Anforderungen an das Personal

Geschlecht: □ weiblich □ männlich □ irrelevant

Pflegeerfahrung: □ ja □ nein

Deutschkenntnisse: □ gut □ befriedigend □ ausreichend □ schwach

Kochkenntnisse: □ gut □ befriedigend □ ausreichend □ schwach

Raucher: □ ja □ nein (nur im Freien)

Alter: □ 25-30 □ älter als 30 □ älter als 45 □ irrelevant

Führerschein: □ wünschenswert □ nicht notwendig

Weitere Anforderungen: _____

_____

_____

4. Rahmenbedingungen

Lage: □ Stadt □ Dorf □ ländlich

Wohnungsart: □ Einfamilienhaus □ Mehrfamilienhaus □ Wohnung

□ Wohnfläche ca. in ___ qm

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß): □ ca. 10 min □ ca. 20 min □ ca. 30 min

Zimmer für den (die) Betreuer(in): □ Bett □ Schrank □ Tisch □ Radio □ TV

Bad / WC für den (die) Betreuer(in): □ seperat □ zur gemeinsamen Nutzung

Internetzugang: □ ja □ nein □ wird eingerichtet

5. Arbeits- und Freizeitregelung

Dauer des Einsatzes: □ 1 Monat □ bis zu 3 Monaten □ dauerhaft

Nachteinsätze: □ nein □ ja, wie häufig? _____

Freizeit: □ 2h / Tag □ 1 Tag / Woche □ nach Absprache

6. Andere Anforderungen

Einkaufen: □ nie □ ab und zu □ täglich

Kochen / Essensvorbereitung: □ nie □ ab und zu □ täglich

Wäsche waschen: □ nie □ ab und zu □ täglich

Bügeln: □ nie □ ab und zu □ täglich

Haustierversorgung: □ nie □ ab und zu □ täglich

□ wenn ja, welche?_____

Einfache Gartenpflege: □ nie □ ab und zu □ täglich

Arztbesuche: □ nie □ ab und zu □ täglich

Weitere Anforderungen: _____

7. Sonstiges

Anzahl der weiteren im Haushalt lebenden Personen: _____

Fallen für diese Personen Arbeiten an? □ ja □ nein

Wenn ja, welche? □ Hauswirtschaftliche Unterstützung □ Pflegehilfe

Bei Pflegebedarf weiterer Personen, füllen Sie bitte einen neuen Fragebogen aus!

Gibt es eine Haushaltshilfe? □ ja □ nein

Zusätzliche Angaben:_____

_____

Gewünschter Betreuungsbeginn: _____

8. Tagesablauf der zu betreuenden Person

Morgens, Vormittags:_____

_____

Mittags, Nachmittags:_____

_____

Abends, Nachts:_____

_____

Baden / Duschen: □ täglich □ ____ mal pro Woche

Wecken: □ um _____Uhr □ ausschlafen lassen

„Ich bestätige, dass die o.g. Informationen wahrheitsgemäß sind.“_____

Ort, Datum und Unterschrift

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten und deren vertrauliche Behandlung sind für uns selbstverständlich.