



Bitte senden Sie dieses Formular per Post oder E-Mail an uns zurück.

Neuer Wall 50 · 20354 Hamburg · info@seniorhelp24.de

1. Allgemeine Angaben

Ansprechpartner	
Vorname	
Name	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	
Telefonnummer mobil	
Telefonnummer privat	
Telefonnummer geschäftlich	
E-Mail	
Bezug oder Kontaktgrad zur pflegebedürftigen Person	

	Patient/-in		Patient/-in	
Vorname				
Name				
Geschlecht				
Geburtsdatum				
Straße, Hausnummer				
Postleitzahl				
Ort				
Telefonnummer mobil				
Telefonnummer privat				
Größe, Gewicht	m	kg	m	kg

**2. Gesundheitszustand und Diagnosen**

Alzheimer <input type="checkbox"/>	Demenz <input type="checkbox"/>	Parkinson <input type="checkbox"/>	Stoma <input type="checkbox"/>
Geistige Behinderung <input type="checkbox"/>	MS/ALS <input type="checkbox"/>	Asthma <input type="checkbox"/>	Gehbehindert <input type="checkbox"/>
Dauerkatheter <input type="checkbox"/>	Tumor <input type="checkbox"/>	Inkontinenz <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck <input type="checkbox"/>
Schlaganfall <input type="checkbox"/>	Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Herzkrankheit <input type="checkbox"/>
Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/>	Allergien <input type="checkbox"/>	Depression <input type="checkbox"/>	Dekubitus <input type="checkbox"/>
Probleme Speiseröhre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altersbedingte Gehschwäche <input type="checkbox"/>	Bettlägerig <input type="checkbox"/>	Mobil <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------------------	--------------------------------	--------------------------

Einschätzung der Mobilität der pflegebedürftigen Person**3. Pflegegrad**

kein Pflegegrad <input type="checkbox"/>	Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/>	Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/>	Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/>
Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/>	Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/>	beantragt <input type="checkbox"/>	

4. Kommunikationsprobleme

Sprechvermögen	keine <input type="checkbox"/>	mäßige <input type="checkbox"/>	starke <input type="checkbox"/>
Hörvermögen	keine <input type="checkbox"/>	mäßige <input type="checkbox"/>	starke <input type="checkbox"/>
Sehvermögen	keine <input type="checkbox"/>	mäßige <input type="checkbox"/>	starke <input type="checkbox"/>

**5. Hilfsmittel**

Hörgerät	<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>	Gehhilfe	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Lift	<input type="checkbox"/>	Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	Treppenlift	<input type="checkbox"/>	barrierefreie Einrichtung	<input type="checkbox"/>
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>	Badelift	<input type="checkbox"/>

6. Orientierung

zeitlich	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	starke	<input type="checkbox"/>
örtlich	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	starke	<input type="checkbox"/>
persönlich	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	starke	<input type="checkbox"/>

7. Bewegung

selbstständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	überwiegend im Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	bettlägerig	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------	--------------------------

8. Treppensteigen

selbstständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	nicht möglich	<input type="checkbox"/>	Treppenlift	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-------------	--------------------------

9. Transfer Bett/Rollstuhl

selbstständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	hilft mit	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

10. Baden/Duschen

selbstständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	vollständig hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------

11. Körperpflege

Gesicht	selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise selbstständig	<input type="checkbox"/>	unter Anleitung	<input type="checkbox"/>	vollständige Unterstützung	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/ Zahnprothese	selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise selbstständig	<input type="checkbox"/>	unter Anleitung	<input type="checkbox"/>	vollständige Unterstützung	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise selbstständig	<input type="checkbox"/>	unter Anleitung	<input type="checkbox"/>	vollständige Unterstützung	<input type="checkbox"/>
Gesäß/Beine	selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise selbstständig	<input type="checkbox"/>	unter Anleitung	<input type="checkbox"/>	vollständige Unterstützung	<input type="checkbox"/>



Intimpflege	selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise selbstständig <input type="checkbox"/>	unter Anleitung <input type="checkbox"/>	vollständige Unterstützung <input type="checkbox"/>
Haare kämmen/ waschen	selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise selbstständig <input type="checkbox"/>	unter Anleitung <input type="checkbox"/>	vollständige Unterstützung <input type="checkbox"/>
Rasieren	selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise selbstständig <input type="checkbox"/>	unter Anleitung <input type="checkbox"/>	vollständige Unterstützung <input type="checkbox"/>
Handpflege	selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise selbstständig <input type="checkbox"/>	unter Anleitung <input type="checkbox"/>	vollständige Unterstützung <input type="checkbox"/>
Fußpflege	selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise selbstständig <input type="checkbox"/>	unter Anleitung <input type="checkbox"/>	vollständige Unterstützung <input type="checkbox"/>

12. Urinkontrolle

kontinent <input type="checkbox"/>	teilweise inkontinent z.B. nachts <input type="checkbox"/>	inkontinent <input type="checkbox"/>	Windeln <input type="checkbox"/>
Katheter <input type="checkbox"/>	Dauerkatheter <input type="checkbox"/>	Vorlagen <input type="checkbox"/>	Urinflasche <input type="checkbox"/>

13. Stuhlkontrolle

kontinent <input type="checkbox"/>	teilweise inkontinent z.B. nachts <input type="checkbox"/>	inkontinent <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	--------------------------------------

14. An-/Auskleiden

selbstständig <input type="checkbox"/>	hilft mit <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
--	------------------------------------	--

15. Essen/Trinken

selbstständig <input type="checkbox"/>	braucht Hilfe z.B. beim Schneiden <input type="checkbox"/>	vollständige Unterstützung <input type="checkbox"/>
--	---	---

16. Kau- und Schluckstörungen

keine <input type="checkbox"/>	Störungen <input type="checkbox"/>	PEG Sonde <input type="checkbox"/>	Nahrungskarenz <input type="checkbox"/>
--------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---

17. Diät

keine <input type="checkbox"/>	Falls ja, welche?
--------------------------------	-------------------

18. Ein-/Durchschlafen

keine Probleme <input type="checkbox"/>	sporadische Störungen <input type="checkbox"/>	Schlaf-Wach-Rhythmus gestört <input type="checkbox"/>
---	--	--

**19. Schlafverhalten**

Wie oft steht der Patient nachts auf?	1 mal <input type="checkbox"/>	2 mal <input type="checkbox"/>	Mehr als 3 mal <input type="checkbox"/>
Bekommt Schlafmittel?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

20. Aktuelle Therapien

keine <input type="checkbox"/>	Krankengymnastik <input type="checkbox"/>	Logopädie <input type="checkbox"/>	Pflegedienst <input type="checkbox"/>
--------------------------------	---	------------------------------------	---------------------------------------

ANFORDERUNGEN AN DAS PERSONAL**1. Erwartungen an die Betreuungsperson**

Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	irrelevant <input type="checkbox"/>		
Alter	20 - 30 <input type="checkbox"/>	30 - 40 <input type="checkbox"/>	40-50 <input type="checkbox"/>	älter als 50 <input type="checkbox"/>	irrelevant <input type="checkbox"/>
Sprache	kaum <input type="checkbox"/>	ausreichend <input type="checkbox"/>	befriedigend <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	sehr gut <input type="checkbox"/>
Führerschein	ja, mit Fahrpraxis <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			

2. Rahmenbedingungen

Lage	Großstadt - zentral <input type="checkbox"/>	Großstadt - abgelegen <input type="checkbox"/>	Kleinstadt <input type="checkbox"/>	Dorf <input type="checkbox"/>	ländlich <input type="checkbox"/>
Wohnsituation	Einfamilienhaus <input type="checkbox"/>	Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/>	Wohnung <input type="checkbox"/>	sonstige <input type="checkbox"/>	
Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß	10 min. <input type="checkbox"/>	20 min. <input type="checkbox"/>	40 min. <input type="checkbox"/>	1 Stunde <input type="checkbox"/>	
Zimmerausstattung	eigenes Bad <input type="checkbox"/>	Bett <input type="checkbox"/>	Tisch <input type="checkbox"/>	TV <input type="checkbox"/>	
	Schrank <input type="checkbox"/>	Radio <input type="checkbox"/>	Computer <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/>	
Haustiere	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
Sollen diese mitversorgt werden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
Einkäufe	immer <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Kochen/Essensvorbereitung	immer <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Waschen/Bügeln	immer <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Begleitung zu Arztbesuchen	immer <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		



TAGESABLAUF

morgens		
vormittags		
mittags		
nachmittags		
abends		
nachts		
Baden/Duschen	Waschen täglich	Baden/Duschen
	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> 1 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 2 Mal pro Woche
Lieblingsbeschäftigung des Patienten?		
Sonstiges		



Besonderheiten und Bemerkungen

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Vertreters