

Mit Hilfe diesem **Fragebogen** möchten wir die aktuelle Situation des Pflegebedürftigen bestmöglich in Erfahrung bringen. Den Fragebogen können Sie uns per Post, Fax oder E-Mail zukommen lassen.

1. Ansprechpartner für ambulante Pflege Rhein–Neckar – Aura Pflege 24:

- Ehepartner Schwiegersohn / -tochter
 Sohn / Tochter Sonstiges: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Tel.: _____ Handynummer: _____
Fax: _____ E-Mail: _____

2. Anfrage zu betreuende Person:

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Tel.: _____ Handynummer: _____
Fax: _____ E-Mail: _____

3. Ab wann soll die Betreuung beginnen:

Wunschdatum: _____

4. Pflegestufe:

- keine Pflegegrad
- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5

Betreuung & Entlastungsleistung
monatlicher Betrag: _____

5. Zum Kunden:

Geburtsdatum: _____

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Raucher/in: Ja Nein

Spricht die pflegebedürftige Person
eine andere Sprache als Deutsch?

Nein Ja Welche? _____

6. Medizinische Angaben:

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Blindheit |
| <input type="checkbox"/> schwer | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Sprachstörung |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Sturzgefahr |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Einsamkeit |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Angstzustände |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

7. Vorhandene Hilfsmittel:

- | | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Stock | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> ist bettlägerig |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> man muss heben | <input type="checkbox"/> Lift | Welche _____ |
| <input type="checkbox"/> Hebesitz | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Kann die pflegebedürftige Person noch Laufen?

Nein Ja

8. Pflegerische- und Betreuungstätigkeiten:

Nächtliche Versorgung erforderlich?

Nein Ja Wie oft? _____

Pflegerische Tätigkeiten:

- große Toilette (Ganzkörperwäsche)
- kleine Toilette (kleine Körperwaschung)
- einfache Hilfe bei der Ausscheidung
- An- und Auskleiden
- Zubereitung einer einfachen Mahlzeit
- Zubereitung einer i.d.R. warmen Mahlzeit
- einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

Betreuungstätigkeiten:

- Spaziergehen
- Lesen
- Handarbeit
- Erzählen
- Spielen
- Sonstiges: _____

9. Angaben zum Wohnumfeld:

- Haus Wohnung mit Garten mit Balkon
Wohnfläche qm _____

Die betreuende Person lebt alleine in Haushalt?

- Nein Ja mit weiteren ____ Personen in Haushalt
 mit wen? _____

Müssen diese Personen mitbetreut werden?

- Nein Ja Was genau? _____

Leben Tiere in Haushalt?

- Nein Ja Welche? _____

Lage der Wohnung:

- Innenstadt Wohngebiet (ruhige Lage) Dorf (ländlich)

Einkaufsmöglichkeiten:

- < 10 Min 10-20 Min 20-30 Min > 30 Min
 von Dritten (Familie/Bekannte) übernommen

Ist ein Internetzugang vorhanden, der durch die Pflegekraft mitgenutzt werden darf?

- Nein Ja

In welchen Zeiträumen wäre die gesetzliche Pause von unserer Pflegekraft wünschenswert?

- Vormittags _____ Mittags _____ Nachmittags _____

10. Haushaltstätigkeiten:

- Kochen für _____ Personen Für wen? _____
 Waschen / Putzen / Bügeln Wohnfläche reinigen _____ qm
 Haustiere versorgen? Welche? _____
 Einkaufen
 Sonstiges _____

11. Angaben zur Pflegekasse:

Bei welcher Krankenkasse ist die pflegebedürftige Person versichert

Versicherungsnummer: _____

Name der Versicherung: _____

Anschrift der Versicherung: _____

12. Angabe zum Hausarzt:

Hausarzt: _____ Adresse: _____

Telefon: _____

13. Schilderung Tagesablauf:

Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich mich einverstanden, dass sämtliche in diesem Formular erhobenen Daten durch Ambulante Pflege Rhein-Neckar – Aura Pflege 24 zum Zweck der Vermittlung und Anbahnung eines Dienstleistungsvertrages mit einem anderen Dienstleistungsunternehmens zum Einsatz von Betreuungskräften erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Ambulante Pflege Rhein-Neckar – Aura Pflege 24 darf die erhobenen Daten an einen Bevollmächtigten/Dienstleister zum Zwecke der Bearbeitung meiner Anfrage weitergeben und übermitteln. Ambulante Pflege Rhein-Neckar – Aura Pflege 24 verpflichtet sich zur Beachtung der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und der EU-DSGVO in seiner jeweils geltenden Fassung. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ich habe jederzeit das Recht meine Einwilligung zu widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an Ambulante Pflege Rhein-Neckar – Aura Pflege 24 per Post oder E-Mail. Ferner versichere ich, dass die vorstehenden persönlichen Daten korrekt und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift