

# Fragebogen zur Pflegebedarfsermittlung

## 1. Die Pflegesituation

Wo findet die Pflege statt?

Straße + Nr.

PLZ

Ort

Beginn der Betreuung



Flexible Anreise →

frühere Anreise  
(1-3 Tage)

spätere Anreise  
(1-3 Tage)

Anzahl der Patienten → Bei 2 Patienten füllen Sie bitte zusätzlich den angehängten Bogen „Angaben zweiter Patient“ aus!

1 Patient

2 Patienten

Leben weitere Personen im Haushalt?

nein

ja

Wer sind diese Personen (z. B. Lebenspartner)? → Bitte nur ausfüllen, wenn „ja“ ausgewählt wurde.

Was muss zusätzlich geleistet werden? → Bitte nur ausfüllen, wenn „ja“ ausgewählt wurde.

## 2. Kontaktdaten Anfragersteller (Ansprechpartner für Pflegehelden)

Anrede

Titel

Vorname

Nachname

Straße + Nr.

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

Beziehungsverhältnis zum Patienten

Ehepartner

Tochter/Sohn

Enkel

Bekannte

gesetzl. Betreuer

Sonstige

Beschreiben Sie das Beziehungsverhältnis:

### 3. Angaben erster Patient

#### 1. PERSONENDATEN

Anrede	Titel	Vorname	Nachname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	E-Mail			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	Gewicht in kg	Größe in cm	Geburtstag	Alter
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 2. PFLEGEGRAD

keiner  1  2  3  4  5 Höhereinstufung beantragt  ja  nein

#### 3. DEMENZ → Sollte keine Demenz vorliegen können Sie zum Punkt „4. Krankheitsmerkmale“ vorspringen.

Der Patient leidet an beginnender Demenz.  Der Patient leidet an fortgeschrittener Demenz.

Wie macht sich die Demenz bemerkbar?	teilweise beeinträchtigt		
	ja	teilweise beeinträchtigt	nein
Erkennt der Patient Personen aus seinem Umfeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann der Patient seine Wünsche äußern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann der Patient eigene Entscheidungen treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann der Patient sich zeitlich orientieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann der Patient sich räumlich orientieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann sich der Patient an kürzlich Vergangenes erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennt der Patient mögliche Gefahren und Risiken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann der Patient sich an Gesprächen beteiligen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigt der Patient dazu, wegzulaufen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Unter welchen Symptomen leidet der Patient?**

- Antriebsmangel/Depression
- Reizbarkeit
- Stimmungsschwankungen
- Unruhe
- Nesteln
- Psychotische Störungen
- Schreien
- Gestörter Tag-Nacht-Rhythmus

#### Weitere Anmerkungen

#### 4. KRANKHEITSMERKMALE

Aktuelle Probleme nach Sturz:

Aktuelle Probleme nach Unfall:

Aufgrund des Sturzes/Unfalls werden folgende Hilfsmittel benötigt:

COVID-19 Prophylaxe:  vollständig geimpft  nicht vollständig geimpft

### 3. Angaben erster Patient

#### 4. KRANKHEITSMERKMALE

- |  |   |                                      |  |   |
|--|---|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> MS-Patient  | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie | <input type="checkbox"/> Schmerzpatient |
| <input type="checkbox"/> Arthrose          | <input type="checkbox"/> Katheter                 | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma          | <input type="checkbox"/> Stoma          |
| <input type="checkbox"/> Geistig behindert | <input type="checkbox"/> Makuladegeneration       | <input type="checkbox"/> Parkinson   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall    | <input type="checkbox"/> Sonde          |

Diabetes →  Typ 1  Typ 2      Medikation: →  Spritzen (Nur durch Pflegedienst)    Tabletten    Blutzucker ist eingestellt (Keine Unterstützung nötig)

Dialysepatient → 1. An welchen Tagen benötigt der Patient die Dialyse?  
 Montag    Dienstag    Mittwoch    Donnerstag    Freitag    Samstag    Sonntag

2. Wie lange dauert eine Dialysesitzung?    1-3 Std.    4-5 Std.

3. Muss der Patient zur Dialyse begleitet werden? . . . . .  ja . . . . .  nein

→ Wenn „nein“: Steht der Pflegekraft in dieser Zeit eine Pause zu? . . . . .  ja . . . . .  nein

4. Ist der Transfer geregelt? . . . . .  ja . . . . .  nein

5. Soll die Pflegekraft den/die Patienten/Patientin fahren? . . . . .  ja . . . . .  nein

Inkontinenz →  Harninkontinenz    Stuhlinkontinenz →  Patient trägt Inko-Material tagsüber    Patient trägt Inko-Material nachts

Krebs → Um welche Krebsart handelt es sich?      Wie ist die Medikation?      In welchem Stadium befindet sich der Krebs?  
        Medikamente       am Anfang    fortgeschritten    palliativ  
 Chemotherapie

Bitte tragen Sie hier Informationen zu weiteren Krankheitsmerkmalen ein.

#### 5. MOBILITÄT UND HILFSMITTEL

Wie mobil ist der Patient?       uneingeschränkt mobil       rollatorfähig       rollstuhlfähig  
 leicht gehbehindert       rollstuhlfähig, mit eigener Kraftunterstützung       bettlägerig

	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
Treppensteigen → <input type="radio"/> keine Treppen im Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen und Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen/Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Angaben erster Patient

#### 5. MOBILITÄT UND HILFSMITTEL

##### Vorhandene Hilfsmittel/Unterstützung

- Rollator       Treppenlift       Pflegebett       Toilettenstuhlerhöhung       Hausnotruf  
 Gehstock       Hebelift       Duschstuhl       Transferbrett/Umsetzhilfe  
 Rollstuhl       verstellbarer Lattenrost       Toilettenstuhl       Badewannenlifter

##### Barrierefreiheit/Barrierefreier Zugang

- Zugang zum Haus (z. B. Rampe)       Haus ist ebenerdig       Bad (inkl. Dusche/Badewanne)       Küche (Türen häufig kleiner)

##### Wie gelangt der Patient vom Schlaf- ins Wohnzimmer?

- selbstständig →  mit Hilfsmitteln (z. B. Rollator)       benötigt Unterstützung einer weiteren Person       mit eigener Kraftunterstützung (z. B. Rollstuhl)  
 unselbstständig →  mit Hilfsmitteln (z. B. Rollator)       benötigt Unterstützung einer weiteren Person       unter Begleitung der Pflegekraft

6. NACHTRUHE → ca. von  bis  Nach 22:00 Uhr = Nacheinsatz!

Einsätze pro Nacht:  keine       1x (2,50 € Aufschlag)       2x (5,- € Aufschlag)       3x (5,- € Aufschlag)

Ab vier Nacheinsätzen oder mehr ist eine zweite Pflegekraft erforderlich! Bitte wenden Sie sich an Ihren Kundenberater.

Babyphone vorhanden

Was ist zu verrichten?  Toilettengänge/Inkontinenzversorgung       Medikamentengabe       beruhigen  
 Lagern/Positionswechsel       Trinkversorgung       Sonstiges

Wenn „Sonstiges“ ausgewählt bitte sonstige Aktivitäten benennen

#### 7. AN DER BETREUUNG BETEILIGTE PERSONEN/EINRICHTUNGEN

Pflegedienst beauftragt → Welcher Pflegedienst?

→ An welchen Tagen kommt der Pflegedienst?

- Montag       Dienstag       Mittwoch       Donnerstag       Freitag       Samstag       Sonntag

→ Zu welcher Tageszeit kommt der Pflegedienst?

- morgens       mittags       abends

→ Was übernimmt der Pflegedienst auch zukünftig?

	morgens	mittags	abends		morgens	mittags	abends
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zubereitung der Mahlzeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamentengabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(Dauer)Katheter, PEG-Sonde, Stoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferleistungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetesversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wundversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3. Angaben erster Patient

#### 7. AN DER BETREUUNG BETEILIGTE PERSONEN/EINRICHTUNGEN

Patient in der Tagespflege → Wann und wie oft geht der Patient in die Tagespflege?

Montag → von - bis

Freitag → von - bis

Dienstag → von - bis

Samstag → von - bis

Mittwoch → von - bis

Sonntag → von - bis

Donnerstag → von - bis

Nachbarn unterstützen → Wie unterstützt der Nachbar?

Stundenweise Betreuung → Wann wird die Betreuung geleistet?

Montag → von - bis

Freitag → von - bis

Dienstag → von - bis

Samstag → von - bis

Mittwoch → von - bis

Sonntag → von - bis

Donnerstag → von - bis

Therapien → Wann und wo nimmt der Patient an Therapien teil?

Physiotherapie

Wann?

Wo?

Ergotherapie

Wann?

Wo?

Logopädie

Wann?

Wo?

Beschäftigungstherapie

Wann?

Wo?

→ Bei allen Therapien auswärts:

Der Patient muss begleitet werden.

→  Die Pflegekraft muss den Patienten fahren.

Der Patient muss nicht begleitet werden.

→  Der Pflegekraft steht in dieser Zeit eine Pause zu.

### 3. Angaben erster Patient

#### 8. KOMMUNIKATION, WAHRNEHMUNG

	keine Einschränkungen	leicht eingeschränkt	stark eingeschränkt	nicht möglich
Der Patient kann hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Patient kann sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Patient kann sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 9. TÄTIGKEITEN AM PATIENTEN Gewünschte Tätigkeiten am Patienten durch die Pflegekraft

	morgens	mittags	abends	nachts	nie
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>				
Duschen	<input type="checkbox"/>				
Intimpflege	<input type="checkbox"/>				
Kochen	<input type="checkbox"/>				
Körperpflege	<input type="checkbox"/>				
Mobilisierung (Transferhilfe)	<input type="checkbox"/>				
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>				
Stehen, Gehen, Betten	<input type="checkbox"/>				
Toilettengang	<input type="checkbox"/>				
Wechseln von Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/>				

#### 10. NAHRUNGS-AUFNAHME

Probleme beim Essen

Beschreiben Sie die Probleme beim Essen

PEG-Sonde → Welche Kost kann verabreicht werden?  breiige Kost  feste Kost

Füttern notwendig

Gibt es Diätvorschriften → Beschreiben Sie die Diätvorschriften

medizinische/religiöse Ernährungsvorschriften/-wünsche → Beschreiben Sie die Vorschriften/Wünsche

Bevorzugte Speisen und Lebensmittel → Beschreiben Sie die Speisen/Lebensmittel

ungeliebte Speisen und Lebensmittel → Beschreiben Sie die Speisen/Lebensmittel

Bestehende Allergien → Beschreiben Sie Allergien

### 3. Angaben erster Patient

#### 11. WEITERE ANGABEN ZUM PATIENTEN UND ZU SEINEN GEWOHNHEITEN

	Aufstehen	Frühstück	Mittagessen	Mittagsruhe	Abendessen
Uhrzeit, von/bis	<input type="text"/>				

Interessen der zu betreuenden Person

### 4. Unterbringung der Pflegekraft und Ausstattung

Ausstattung:	<input type="checkbox"/> eigenes Bad	<input type="checkbox"/> eigenes WC	<input type="checkbox"/> eigener Fernseher
Internet-Anschluss:	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> wird eingerichtet
Telefonanschluss mit Auslandsflatrate:	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> wird eingerichtet
Steht ein Fahrrad zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wurde ein Hausbesuch durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist eine Übergabe erwünscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist für eine Übergabe ohne Betreuungsunterbrechung ein weiterer Schlafplatz garantiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

### 5. Wohn- und Haushaltssituation des Patienten

Die Familie wohnt in der Nähe →  im gleichen Haus, getrennter Haushalt  im gleichen Haus, gleicher Haushalt  in der Nachbarschaft  maximal eine Stunde entfernt

Wie oft wird der Patient besucht?  mehr als 1x die Woche  1x die Woche  1-2 mal im Monat  weniger als 1x im Monat

Wohnverhältnisse  Einfamilienhaus  Wohnung  Aufzug vorhanden Welches Stockwerk?

Wohngegend → Google Maps Link

städtisch  ländlich → Einwohnerzahl ca.:  Wird im Patienten-Haushalt geraucht?  ja  nein

H Haustiere:  Katze/n  Hund/e → Welche Rasse?

Andere Haustiere → Welche?

## 6. Gewünschte Haushaltstätigkeiten durch die Pflegekraft

### Haushaltstätigkeiten

- |                                      |  |  |   |
|--------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arztbesuche | <input type="checkbox"/> Behördengänge | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung (Spiele, Vorlesen, Spaziergehen) | <input type="checkbox"/> Speiseplanung            |
| <input type="checkbox"/> Aufräumen   | <input type="checkbox"/> Blumen gießen | <input type="checkbox"/> Kochen  | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen           |
| <input type="checkbox"/> Ausflüge    | <input type="checkbox"/> Bügeln        | <input type="checkbox"/> Sauber machen                                       | <input type="checkbox"/> Versorgung der Haustiere |

Weitere Haushaltstätigkeiten:

### Vorhandene Haushaltsgeräte

- Geschirrspüler     Waschmaschine     Bügelbrett/Bügeleisen

### Wer übernimmt das Einkaufen?

- Pflegedienst (Einkaufsservice)
- Pflegekraft + Patient
- Einkäufe werden online bestellt

Familie oder Bekannte → Name

Pflegekraft → Höhe des Wochenbudgets in Euro?  
*Mindestens 80 Euro in der Woche!*

→ Wie wird die Finanzierung der Einkäufe geregelt?

### Wie sind die Einkaufsmöglichkeiten erreichbar?

- zu Fuß *max. 10 min!*     per Fahrrad *max. 10 min!*     Öffentliche Verkehrsmittel *Kosten übernimmt Kunde!*     nur mit dem Auto

## 7. Entlastung der Pflegekraft

**PAUSENREGELUNG** → **Standard: 2 Stunden durchgehend am Tag (z. B.: Mittagsruhe)!**

### Zusatzvereinbarungen

- ein freier Vormittag oder Nachmittag in der Woche
- zwei freie Vormittage oder Nachmittage in der Woche
- ein freier Tag in der Woche
- Sonstige Vereinbarung (beschreiben Sie die Vereinbarung):

### Betreuung in den Pausen

- Betreuung des Patienten während der Pausen notwendig

Wie ist die Betreuung während der Pause geregelt?

## 8. Personalanforderungen

### 1. PERSONALANFORDERUNGEN

Geschlecht der Pflegekraft

männlich     weiblich     ★ unwichtig

Deutschkenntnisse

Grundkenntnisse     ★ Mittelstufe     fortgeschritten     fließend

→ gewünschtes/alternatives Sprachlevel, sollte eine Pflegekraft mit den von Ihnen gewünschten Deutschkenntnissen nicht verfügbar sein:

★ Grundkenntnisse     Mittelstufe     fortgeschritten

Führerschein notwendig? →  Automatik     Schaltung    Automarke/Modell

Wohin muss man mit dem Auto fahren und wie oft?

Betreuungserfahrung

Grundlagen     ★ Mittelstufe     fortgeschritten     Experte/Fachkraft

Raucher

★ unwichtig     ja, aber nur draußen rauchen     ja, Rauchen ist erlaubt     nein, unbedingt Nichtraucher

Wenn „nein, unbedingt Nichtraucher“ gewählt, hier bitte Begründung eintragen:

### 2. WELCHEN ANTEIL MACHEN PFLEGE, HAUSHALT & BETREUUNG AUS?

100/100% - In Summe müssen die drei Bereiche 100% ergeben.

	← selten											häufig →
<b>Pflege</b> Duschen, Zähneputzen, Haare waschen	<input type="checkbox"/> 10 %	<input type="checkbox"/> 20 %	<input type="checkbox"/> 30 %	<input type="checkbox"/> 40 %	<input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> 60 %	<input type="checkbox"/> 70 %	<input type="checkbox"/> 80 %	<input type="checkbox"/> 90 %	<input type="checkbox"/> 100 %		
<b>Haushalt</b> Essen kochen, Wäsche waschen, Reinigung der Wohnung	<input type="checkbox"/> 10 %	<input type="checkbox"/> 20 %	<input type="checkbox"/> 30 %	<input type="checkbox"/> 40 %	<input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> 60 %	<input type="checkbox"/> 70 %	<input type="checkbox"/> 80 %	<input type="checkbox"/> 90 %	<input type="checkbox"/> 100 %		
<b>Betreuung/Soziales</b> Vorlesen, Spiele spielen, Spazieren gehen	<input type="checkbox"/> 10 %	<input type="checkbox"/> 20 %	<input type="checkbox"/> 30 %	<input type="checkbox"/> 40 %	<input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> 60 %	<input type="checkbox"/> 70 %	<input type="checkbox"/> 80 %	<input type="checkbox"/> 90 %	<input type="checkbox"/> 100 %	← selten	
											häufig →	

### 3. Angaben zweiter Patient

#### 1. PERSONENDATEN

Anrede  Titel  Vorname  Nachname

Telefon  E-Mail

männlich  weiblich

Gewicht in kg  Größe in cm  Geburtstag  Alter

#### 2. PFLEGEGRAD

keiner  1  2  3  4  5 Höhereinstufung beantragt  ja  nein

#### 3. DEMENZ → Sollte keine Demenz vorliegen können Sie zum Punkt „4. Krankheitsmerkmale“ vorspringen.

Der Patient leidet an beginnender Demenz.  Der Patient leidet an fortgeschrittener Demenz.

Wie macht sich die Demenz bemerkbar?	teilweise beeinträchtigt		
	ja	teilweise beeinträchtigt	nein
Erkennt der Patient Personen aus seinem Umfeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann der Patient seine Wünsche äußern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann der Patient eigene Entscheidungen treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann der Patient sich zeitlich orientieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann der Patient sich räumlich orientieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann sich der Patient an kürzlich Vergangenes erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennt der Patient mögliche Gefahren und Risiken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann der Patient sich an Gesprächen beteiligen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigt der Patient dazu, wegzulaufen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Unter welchen Symptomen leidet der Patient?**

Antriebsmangel/Depression

Reizbarkeit

Stimmungsschwankungen

Unruhe

Nesteln

Psychotische Störungen

Schreien

Gestörter Tag-Nacht-Rhythmus

#### Weitere Anmerkungen

#### 4. KRANKHEITSMERKMALE

Aktuelle Probleme nach Sturz:  Aktuelle Probleme nach Unfall:  Aufgrund des Sturzes/Unfalls werden folgende Hilfsmittel benötigt:

COVID-19 Prophylaxe:  vollständig geimpft  nicht vollständig geimpft

### 3. Angaben zweiter Patient

#### 4. KRANKHEITSMERKMALE

- |  |   |                                      |  |   |
|--|---|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> MS-Patient  | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie | <input type="checkbox"/> Schmerzpatient |
| <input type="checkbox"/> Arthrose          | <input type="checkbox"/> Katheter                 | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma          | <input type="checkbox"/> Stoma          |
| <input type="checkbox"/> Geistig behindert | <input type="checkbox"/> Makuladegeneration       | <input type="checkbox"/> Parkinson   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall    | <input type="checkbox"/> Sonde          |

- Diabetes →  Typ 1  Typ 2      Medikation: →  Spritzen (Nur durch Pflegedienst)    Tabletten    Blutzucker ist eingestellt (Keine Unterstützung nötig)

- Dialysepatient → 1. An welchen Tagen benötigt der Patient die Dialyse?
- Montag    Dienstag    Mittwoch    Donnerstag    Freitag    Samstag    Sonntag
- 
2. Wie lange dauert eine Dialysesitzung?    1-3 Std.    4-5 Std.
- 
3. Muss der Patient zur Dialyse begleitet werden? . . . . .  ja . . . . .  nein  
 → Wenn „nein“: Steht der Pflegekraft in dieser Zeit eine Pause zu? . . . . .  ja . . . . .  nein
- 
4. Ist der Transfer geregelt? . . . . .  ja . . . . .  nein
- 
5. Soll die Pflegekraft den/die Patienten/Patientin fahren? . . . . .  ja . . . . .  nein

- Inkontinenz →  Harninkontinenz    Stuhlinkontinenz →  Patient trägt Inko-Material tagsüber    Patient trägt Inko-Material nachts

- Krebs → Um welche Krebsart handelt es sich?      Wie ist die Medikation?      In Welchem Stadium befindet sich der Krebs?
- 
- Medikamente       am Anfang    fortgeschritten    palliativ
- Chemotherapie

Bitte tragen Sie hier Informationen zu weiteren Krankheitsmerkmalen ein.

#### 5. MOBILITÄT UND HILFSMITTEL

- Wie mobil ist der Patient?       uneingeschränkt mobil       rollatorfähig       rollstuhlfähig
- leicht gehbehindert       rollstuhlfähig, mit eigener Kraftunterstützung       bettlägerig

	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
Treppensteigen → <input type="checkbox"/> keine Treppen im Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen und Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen/Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Angaben zweiter Patient

#### 5. MOBILITÄT UND HILFSMITTEL

##### Vorhandene Hilfsmittel/Unterstützung

- |                                    |   |   |  |                                     |
|------------------------------------|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rollator  | <input type="checkbox"/> Treppenlift              | <input type="checkbox"/> Pflegebett     | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhlerhöhung    | <input type="checkbox"/> Hausnotruf |
| <input type="checkbox"/> Gehstock  | <input type="checkbox"/> Hebelift                 | <input type="checkbox"/> Duschstuhl     | <input type="checkbox"/> Transferbrett/Umsetzhilfe |                                     |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> verstellbarer Lattenrost | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter          |                                     |

##### Barrierefreiheit/Barrierefreier Zugang

- Zugang zum Haus (z. B. Rampe)     Haus ist ebenerdig     Bad (inkl. Dusche/Badewanne)     Küche (Türen häufig kleiner)

##### Wie gelangt der Patient vom Schlaf- ins Wohnzimmer?

- selbstständig →  mit Hilfsmitteln (z. B. Rollator)     benötigt Unterstützung einer weiteren Person     mit eigener Kraftunterstützung (z. B. Rollstuhl)
- unselbstständig →  mit Hilfsmitteln (z. B. Rollator)     benötigt Unterstützung einer weiteren Person     unter Begleitung der Pflegekraft

#### 6. NACHTRUHE → ca. von bis Nach 22:00 Uhr = Nachteinsatz!

Einsätze pro Nacht:     keine     1x (2,50 € Aufschlag)     2x (5,- € Aufschlag)     3x (5,- € Aufschlag)

Ab vier Nachteinsätzen oder mehr ist eine zweite Pflegekraft erforderlich! Bitte wenden Sie sich an Ihren Kundenberater.

Babyphone vorhanden

Was ist zu verrichten?     Toilettengänge/Inkontinenzversorgung     Medikamentengabe     beruhigen

Lagern/Positionswechsel     Trinkversorgung     Sonstiges

Wenn „Sonstiges“ ausgewählt bitte sonstige Aktivitäten benennen



#### 7. AN DER BETREUUNG BETEILIGTE PERSONEN/EINRICHTUNGEN

Pflegedienst beauftragt → Welcher Pflegedienst?

→ An welchen Tagen kommt der Pflegedienst?

- Montag     Dienstag     Mittwoch     Donnerstag     Freitag     Samstag     Sonntag

→ Zu welcher Tageszeit kommt der Pflegedienst?

- morgens     mittags     abends

→ Was übernimmt der Pflegedienst auch zukünftig?

	morgens	mittags	abends		morgens	mittags	abends
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zubereitung der Mahlzeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamentengabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(Dauer)Katheter, PEG-Sonde, Stoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferleistungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetesversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wundversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3. Angaben zweiter Patient

#### 7. AN DER BETREUUNG BETEILIGTE PERSONEN/EINRICHTUNGEN

Patient in der Tagespflege → Wann und wie oft geht der Patient in die Tagespflege?

Montag → von - bis

Freitag → von - bis

Dienstag → von - bis

Samstag → von - bis

Mittwoch → von - bis

Sonntag → von - bis

Donnerstag → von - bis

Nachbarn unterstützen → Wie unterstützt der Nachbar?

[Empty text input field]

Stundenweise Betreuung → Wann wird die Betreuung geleistet?

Montag → von - bis

Freitag → von - bis

Dienstag → von - bis

Samstag → von - bis

Mittwoch → von - bis

Sonntag → von - bis

Donnerstag → von - bis

Therapien → Wann und wo nimmt der Patient an Therapien teil?

Physiotherapie

Wann? [Empty text input field]

Wo? [Empty text input field]

Ergotherapie

Wann? [Empty text input field]

Wo? [Empty text input field]

Logopädie

Wann? [Empty text input field]

Wo? [Empty text input field]

Beschäftigungstherapie

Wann? [Empty text input field]

Wo? [Empty text input field]

→ Bei allen Therapien auswärts:

Der Patient muss begleitet werden.

→  Die Pflegekraft muss den Patienten fahren.

Der Patient muss nicht begleitet werden.

→  Der Pflegekraft steht in dieser Zeit eine Pause zu.

### 3. Angaben zweiter Patient

#### 8. KOMMUNIKATION, WAHRNEHMUNG

	keine Einschränkungen	leicht eingeschränkt	stark eingeschränkt	nicht möglich
Der Patient kann hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Patient kann sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Patient kann sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 9. TÄTIGKEITEN AM PATIENTEN Gewünschte Tätigkeiten am Patienten durch die Pflegekraft

	morgens	mittags	abends	nachts	nie
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>				
Duschen	<input type="checkbox"/>				
Intimpflege	<input type="checkbox"/>				
Kochen	<input type="checkbox"/>				
Körperpflege	<input type="checkbox"/>				
Mobilisierung (Transferhilfe)	<input type="checkbox"/>				
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>				
Stehen, Gehen, Betten	<input type="checkbox"/>				
Toilettengang	<input type="checkbox"/>				
Wechseln von Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/>				

#### 10. NAHRUNGS-AUFNAHME

Probleme beim Essen

Beschreiben Sie die Probleme beim Essen

PEG-Sonde → Welche Kost kann verabreicht werden?  breiige Kost  feste Kost

Füttern notwendig

Gibt es Diätvorschriften → Beschreiben Sie die Diätvorschriften

medizinische/religiöse Ernährungsvorschriften/-wünsche → Beschreiben Sie die Vorschriften/Wünsche

Bevorzugte Speisen und Lebensmittel → Beschreiben Sie die Speisen/Lebensmittel

ungeliebte Speisen und Lebensmittel → Beschreiben Sie die Speisen/Lebensmittel

Bestehende Allergien → Beschreiben Sie Allergien

### 3. Angaben zweiter Patient

#### 11. WEITERE ANGABEN ZUM PATIENTEN UND ZU SEINEN GEWOHNHEITEN

	Aufstehen	Frühstück	Mittagessen	Mittagsruhe	Abendessen
Uhrzeit, von/bis	<input type="text"/>				

Interessen der zu betreuenden Person