LT96124 Naujoji g. 5, Gargždai
Telefon: +370 603 70639
www.darbofeja.lt
info@darbofeja.lt

Bitte (unbedingt) gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!

1. Kontaktperson:

Nachname: _____ Vorname: _____

PLZ Ort: _____ Straße: _____

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

_____ Telefon Mobil: _____ _____ Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____
(zwischen dem Betreuungsbedürftigen und der Kontaktperson)

2. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person:

Nachname: _____ Vorname: _____

PLZ Ort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ Telefon (Mobil): _____

Geburtsdatum: _____ Mail: _____

Hausarzt: _____

Größe: _____cm Gewicht: _____kg

Raucher: ☐ ja nein

Pflegegrad: ☐ kein ☐1 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 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

leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen:

☐ ja nein

Nächtliche Hilfe: nicht erforderlich ☐ erforderlich und zwar: ☐ 1-2 Mal ☐ mehrfach

Bewegung: uneingeschränkt ☐ mit Unterstützung ☐ bettlägerig

Stehen: uneingeschränkt ☐ mit Unterstützung ☐ eingeschränkt

Treppensteigen: selbstständig ☐ mit Unterstützung ☐ nicht möglich

Transfer Bett/Rollstuhl: ☐ selbstständig ☐ mit etwas Hilfe ☐ komplett hilfsbedürftig

Muss die Betreuungsbedürftige Person gelagert werden: ☐ ja nein

Hilfsmittel: ☐ Krücken/Stock ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Nachtstuhl

☐ Badewannenlift ☐ Dekubitusmatratze ☐ Pflegebett

Zeitliche und örtliche Orientierung: gut ☐

zeitweise ☐ massive Probleme

	Geistiger Zustand:	klar	☐ nicht ansprechbar	☐ verwirrt
	☐ teilnahmslos			
Toilette:	selbständig	☐ mit Hilfe	☐ Teilinkontinenz	☐ Vollinkontinenz
Baden/Duschen:	selbständig	☐ mit Hilfe	☐ komplett hilfsbedürftig	

-

Krankheiten: ☐ Allergien ☐ Alzheimer ☐ Asthma

☐ chronische Durchfälle ☐ beginnende Demenz Demenz ☐ Dekubitus

☐ Depression Diabetes ☐ Herzinfarkt ☐ Herzinsuffizienz

☐ Herzrhythmusstörung ☐ Hypertonie ☐ Multiple Sklerose ☐ Osteoporose

☐ Parkinson ☐ Rheuma ☐ Schlaganfall ☐ Stoma (Anus praeter)

☐ Sonstige: _____

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten: ☐ ja nein

Leidet andere im Haushalt lebende Person an ansteckenden Krankheiten: ☐ ja ☐ nein

Falls „ja“ welche _____

Kau- u. Schluckstörungen: keine ☐ Störungen

Diät: ☐ keine wenn ja,welche:_____

Nahrungsaufnahme: selbstständig ☐ mit Unterstützung ☐ mit voller Unterstützung

Ist ein Pflegedienst beauftragt? ja ☐ nein

Wenn ja, wird der Pflegedienst weiterkommen? ja ☐ nein

Pflegedienstleistungen: _____

Hobbys, wenn ja welche: _____

Körperpflege:

Gesicht:	selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ mit voller Unterstützung
Körper:	selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ mit voller Unterstützung
Gesäß:	selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ mit voller Unterstützung
Intim pflege:	selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ mit voller Unterstützung
Rasieren:	selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ mit voller Unterstützung
Harre waschen/kämmen:	selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ mit voller Unterstützung
Mundpflege/Zahnersatz:	selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ mit voller Unterstützung
An – und Auskleiden:	selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ mit voller Unterstützung

Zusätzliche Angaben: _____

3. Anforderungen an das Personal:

Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐ irrelevant

Pflegeerfahrung: nein ☐ ja

Deutschkenntnisse: gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend ☐ schwach

Kochkenntnisse: ☐ gut befriedigend ☐ ausreichend

Raucher: ☐ nein (nur im Freien) irrelevant

Alter: ☐ 25 – 35 ☐ älter als 35 ☐ älter als 45 irrelevant

Führerschein ☐ wünschenswert nicht erforderlich ☐ zwingend erforderlich

Weitere Anforderungen:_____

_____

-

4. Rahmenbedingungen:

Lage: Stadt ☐ Dorf ☐ ländlich

Wohnungsart: Einfamilie nhaus ☐ Mehrfamilienhaus

☐ Wohnung ☐ Wohnfläche ca. 100 m2

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß): ca. 10 Min ☐ ca. 20 Min ☐ mehr als 30 Min Zimmer für den(die) Betreuer(in): Bett Schrank Tisch Radio TV

Bad/WC für den(die) Betreuer(in): ☐ separat zur gemeinsamer Nutzung

Steht der Betreuungskraft Internet zur Verfügung? ja ☐ nein ☐ wird eingerichtet

5. Arbeits- und Freizeitregelung:

Dauer des Einsatzes: ☐ 1 Monat ☐ bis 3 Monate dauerhaft

Nachteinsätze: ☐ nein wenn ja, wie häufig: s

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

6. Andere Anforderungen:

Einkäufen:	☐ nie	ab und zu	☐ täglich
Kochen / Essenvorbreitung:	☐ nie	☐ ab und zu	täglich
Wäsche waschen:	☐ nie	ab und zu	☐ täglich
Bügeln:	☐ nie	ab und zu	☐ täglich
Haustiere:	☐ ja	nein wenn ja, welche:	
Mitversorgung von Haustieren:	☐ ja	nein	
Einfache Gartenpflege:	☐ nie	ab und zu	☐ täglich
Arztbesuche:	☐ nie	ab und zu	☐ täglich

Weitere Anforderungen:

7. Sonstiges:

Anzahl der weiteren im Haushalt lebenden Personen: Verwandschaftsgrad:

Fallen für diese Personen Arbeiten an? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? ☐ Hauswirtschaftliche Unterstützung ☐ Pflegehilfe

Bei Pflegebedarf weiterer Personen füllen Sie bitte weiter Fragebogen aus!

Gewünschter Betreuungsbeginn: Voraussichtliche Dauer des Einsatzes:

„Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß sind."

Ort, Datum und Unterschrift:

Tagesablauf der zu betreuenden Person:

Morgens:

Vormittags:

Nach Absprache, regelmäßige Mahlzeit ist wichtig

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

Baden Duschen: ☐ täglich _____Mal pro Woche ☐ wecken um____Uhr ☐ ausschlafen lassen

8. Information über 2 Person im Haus:

Größe: cm Gewicht: kg

Raucher: □ ja nein

Pflegegrad: □ kein □1 2□ 3 □ 4 □ 5 □ 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

leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen: □ ja nein

Nächtliche Hilfe: nicht erforderlich □ erforderlich und zwar: □ 1-2 Mal □ mehrfach Bewegung: uneingeschränkt □ mit Unterstützung □ bettlägerig

Stehen: uneingeschränkt □ mit Unterstützung □ eingeschränkt

Treppensteigen: selbstständig □ mit Unterstützung □ nicht möglich Transfer

Bett/Rollstuhl: □ selbstständig □ mit etwas Hilfe □ komplett hilfsbedürftig Muss die Betreuungsbedürftige Person gelagert werden: □ ja nein

Hilfsmittel: □ Krücken/Stock □ Rollator □ Rollstuhl □ Nachtstuhl □ Badewannenlift □ Dekubitusmatratze □ Pflegebett

Zeitliche und örtliche Orientierung: gut □ zeitweise □ massive Probleme

Krankheiten: □ Allergien □ Alzheimer □ Asthma

□ chronische Durchfälle □ beginnende Demenz Demenz □ Dekubitus

□ Depression Diabetes □ Herzinfarkt □ Herzinsuffizienz

□ Herzrhythmusstörung □ Hypertonie □ Multiple Sklerose □ Osteoporose

□ Parkinson □ Rheuma □ Schlaganfall □ Stoma (Anus praeter)

□ Sonstige:

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten: □ ja nein

Leidet andere im Haushalt lebende Person an ansteckenden Krankheiten: □ ja □ nein

Falls „ja“ welche

Kau- u. Schluckstörungen: keine □ Störungen

Diät: □ keine wenn ja,welche:

Nahrungsaufnahme: selbstständig □ mit Unterstützung □ mit voller Unterstützung

Ist ein Pflegedienst beauftragt? ja □ nein

Wenn ja, wird der Pflegedienst weiterkommen? ja □ nein

Pflegedienstleistungen: Hobbys, wenn ja welche:

Körperpflege:

Gesicht: selbstständig □ mit Unterstützung □ mit voller Unterstützung

Körper: selbstständig □ mit Unterstützung □ mit voller Unterstützung

Gesäß: selbstständig □ mit Unterstützung □ mit voller Unterstützung

Intim pflege: selbstständig □ mit Unterstützung □ mit voller Unterstützung

Rasieren: selbstständig □ mit Unterstützung □ mit voller Unterstützung

Harre waschen/kämmen: selbstständig □ mit Unterstützung □ mit voller Unterstützung

Mundpflege/Zahnersatz: selbstständig □ mit Unterstützung □ mit voller Unterstützung

An – und Auskleiden: selbstständig □ mit Unterstützung □ mit voller Unterstützung

Zusätzliche Angaben:

Geistiger Zustand: klar □ nicht ansprechbar □ verwirrt □ teilnahmslos

Toilette: selbständig □ mit Hilfe □ Teilinkontinenz □ Vollinkontinenz

Baden/Duschen: selbständig □ mit Hilfe □ komplett hilfsbedürftig