

KWH SENIORENBETREUUNG

Mühlhäuser Str. 45
70806 Kornwestheim

INTERNET:

www.kwh-seniorenbetreuung.de
www.meine-pflegehilfe.de

E-MAIL:

info@meine-pflegehilfe.de

TELEFON: 07154 805695

TELEFAX: 07154 805696



Bitte unbedingt gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!

1. Kontaktperson:

Nachname: _____ Vorname: _____
PLZ Ort: _____ Straße: _____
Telefon (zu Hause): _____ Telefon (geschäftlich): _____
Telefon Mobil: _____ Mail: _____
Telefax: _____ Verwandtschaftsgrad: _____
(zwischen dem Betreuungsbedürftigen und der Kontaktperson)

2. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person:

Nachname: _____ Vorname: _____
PLZ Ort: _____ Straße: _____
Telefon (zu Hause): _____ Telefon (Mobil): _____
Telefax: _____ Mail: _____
Geburtsjahr: _____ Hausarzt: _____
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Raucher/in: ja nein

Pflegegrad: n.v. 1 2 3 4 5 beantragt
Ist eine Höherstufung absehbar? nein ja
Art der Pflegeversicherung: gesetzlich privat
Gewünschter Betreuungsbeginn: _____
Dauer des Einsatzes: 1 Monat bis 3 Monate dauerhaft
Anzahl weiterer im Haushalt lebender Personen: 0 1 2 3
Verwandtschaftsgrad: _____

Fallen für diese Personen Arbeiten an? ja nein
Falls „ja“, welche? Hauswirtschaftliche Unterstützung Pflegehilfe

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten: ja nein
Leidet andere im Haushalt lebende Person an ansteckenden Krankheiten: ja nein
Falls „ja“ welche _____

Krankheiten/Einschränkungen: Alzheimer Asthma
 chronische Durchfälle beginnende Demenz Demenz Dekubitus
 Depression Diabetes Herzinfarkt Herzinsuffizienz
 Herzrhythmusstörung Hypertonie Multiple Sklerose Osteoporose
 Parkinson Rheuma Schlaganfall Stoma (Anus praeter)
 Sonstige: _____

Zeitliche und örtliche Orientierung: gut zeitweise massive Probleme
Geistiger Zustand: klar nicht ansprechbar verwirrt teilnahmslos
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

Wird nächtliche Hilfe benötigt? nicht erforderlich erforderlich 1 Mal erforderlich 2 Mal mehrfach
Bewegung: uneingeschränkt mit Unterstützung bettlägerig
Stehen: uneingeschränkt mit Unterstützung eingeschränkt
Aufstehen/Hinsetzen: selbstständig mit etwas Hilfe vollständig hilfsbedürftig
Treppensteigen: selbstständig mit Unterstützung nicht möglich
Transfer Bett/Rollstuhl: selbstständig mit etwas Hilfe komplett hilfsbedürftig
Muss die Betreuungsbedürftige Person gelagert werden: ja nein
Toilette: selbstständig mit Hilfe Teilinkontinenz Vollinkontinenz
Baden/Duschen: selbstständig mit Hilfe komplett hilfsbedürftig
Hilfsmittel: Krückstock/Gehstock Rollator Rollstuhl
 Rollstuhllampe Pflegebett Badewannenlift Treppenlift
 Lifter Toilettenstuhl Dekubitusmatratze Dauerkatheter

Weitere Hilfsmittel: _____

Kau- u. Schluckstörungen: keine Störungen
Nahrungsaufnahme: selbstständig mit Unterstützung mit voller Unterstützung
Diät: keine Falls „ja“ welche, welche Diät/Ernährung wäre empfehlenswert?: _____

Ist ein Pflegedienst beauftragt? ja nein

Wenn ja, wird der Pflegedienst weiterkommen? ja nein

Pflegedienstleistungen: _____

Tagesgestaltung: selbstständig unter Anleitung

Tagesablauf:

Sollte die Betreuungskraft den Pflegebedürftigen wecken oder ausschlafen lassen?

wecken ausschlafen lassen Falls wecken, um wieviel Uhr? _____

Eine kurze Beschreibung der Person:

Gibt oder gab es Interessen oder Hobbys?

Was ist Ihnen für die Betreuung am wichtigsten?

3. Grundpflege / Folgende Hilfe wird benötigt:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Körperpflege | <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Nahrungsaufnahme |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Toilettengang |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Rasieren | <input type="checkbox"/> Intimpflege |
| <input type="checkbox"/> Demenzbetreuung | <input type="checkbox"/> Lagern (bei Bettlägrigkeit) |

Weitere Anforderungen:

4. Haushaltshilfe / Benötigte hauswirtschaftliche Hilfe:

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Einkaufen: | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> täglich |
| Kochen / Essenvorbereitung: | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> täglich |
| Wäsche waschen: | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> täglich |
| Bügeln: | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> täglich |
| Haustiere: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn „ja“, welche: _____ |
| Mitversorgung von Haustieren: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Einfache Gartenpflege: | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> täglich |
| Arztbesuche: | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> täglich |

Weitere Anforderungen:

5. Anforderungen an das Personal:

- Geschlecht: weiblich männlich irrelevant
- Pflegeerfahrung: nein ja
- Deutschkenntnisse: gut befriedigend/mittel ausreichend
- Kochkenntnisse: gut befriedigend ausreichend
- Raucher: ja (nur im Freien) nein (zwingend) irrelevant
- Führerschein wünschenswert nicht erforderlich zwingend erforderlich
- Alter: bis 45 älter als 45 irrelevant

Weitere Anforderungen:

6. Rahmenbedingungen:

- Lage: Stadt Dorf ländlich
- Wohnungsart: Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus
 Wohnung Wohnfläche ca. _____m²
- Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß): ca. 10 Min ca. 20 Min mehr als 30 Min

Zusätzliche Angaben:

- 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

Zusätzliche Angaben:

Ich erkläre mich einverstanden, dass KWH Seniorenbetreuung die in diesem Formular erhobenen persönlichen Daten im Rahmen der Bearbeitung meiner Anfrage verarbeitet und, soweit es für die Vertragsvermittlung erforderlich ist, an ausländische Kooperationspartner mit Sitz innerhalb der Europäischen Union weitergibt. Außerdem versichere ich, dass ich befugt bin die persönlichen Daten über die pflegebedürftige Person weiterzugeben. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung meiner unverbindlichen Anfrage von KWH Seniorenbetreuung kontaktiert zu werden. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum und Unterschrift: _____