



Pflegelotsen

Zuhause leben statt Pflegeheim

Pflege - Betreuung - Zuhause - 24 Stunden - rund um die Uhr

Pflegelotsen GbR, Malsburgstraße 4, 34119 Kassel

Telefon: 0561 56030018 - Fax: 0561 56018129 - info@pflegelotsen.com - www.pflegelotsen.com

Anfrageformular zur Angebotserstellung

Wir versichern Ihnen, dass die von Ihnen angegebenen Daten vertraulich behandelt werden.

1. Allgemeine Angaben

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname:	Geburtsdatum:		
Adresse:			
Telefon:	Mobil:	Email:	
Größe:	Gewicht:	Raucher/in: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pflegegrad:
Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Soll der Pflegedienst weiter kommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, bitte Tätigkeit beschreiben:			
Gewünschter Betreuungsbeginn:			

Ehepartner / Lebenspartner / Mitbewohner

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	
Raucher/in: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pflegegrad:	Verwandtschaftsgrad:
möchte mit betreut werden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (wenn ja, separates Anfrageformular aufnehmen)		

Angehörige

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	
Adresse:	Verwandtschaftsgrad:	
Telefon:	Mobil:	Email:

Auftraggeber

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	
Adresse:	Verwandtschaftsgrad:	
Telefon:	Mobil:	Email:

Diagnosen

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Druckgeschwür | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang / Stoma | | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Speiseröhre |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Lähmung | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> andere / sonstiges: | | |
-
-

Kommunikation

Sprache:

- gut mäßig massive Probleme

Hörvermögen:

- gut mäßig massive Probleme

Sehkraft:

- gut mäßig nicht vorhanden

Hilfsmittel:

- Brille Hörgerät
-

Orientierung

Zeitlich:

ja

zeitweise

massive Probleme

Örtlich:

ja

zeitweise

massive Probleme

Erkennen von Personen:

ja

zeitweise

massive Probleme

Mobilität

selbstständig

bettlägerig

überwiegend Rollstuhl

mit Unterstützung

Transfer Bett/ Rollstuhl

selbstständig

mit Hilfe (kann stehen)

komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel in der Wohnung

Rollstuhl

Krankenbett

sonstige / andere:

Rollator

Badewannenlift

Toilettenstuhl

Treppenlift

Urin Kontrolle

Inkontinenz

Windeln/ Einlagen

Katheter

Stuhl Kontrolle

Inkontinenz

chronische Durchfälle

Betreuung / Hilfestellung

An- Auskleiden

selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Essen/Trinken

selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Kochen

selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Baden/Duschen

selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Körperpflege

	Selbstständig	Teilweise selbstständig	Unter Anleitung	Vollständige Unterstützung
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen/waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Braucht die pflegebedürftige Person Hilfestellung in der Nacht?

22:00 - 6:00 Uhr ja nein

Wenn ja, wie oft? Bitte kurz beschreiben:

.....

Aktuelle Therapien:

Krankengymnastik Lymphdrainage

Sonstige:

.....

Leben weitere Personen im Haushalt? ja nein

Wenn ja, wie viele? Sind diese ausschließlich mithelfend und unterstützend tätig? ja nein

.....

2. Anforderungen an die Pflege- / Betreuungskraft

Ihre Wünsche bezüglich der Pflege- / Betreuungskraft:

Geschlecht: männlich weiblich egal

Alter: 20-30 Jahre 30-40 Jahre
 40-50 Jahre älter 50 Jahre
 egal

Gewünscht wird möglichst: Nichtraucher kann draußen rauchen egal
 Tierlieb Ja Nein egal

Welche Pflege- / Betreuungsart wird gewünscht:

Fachkraft - in Polen ausgebildete Krankenschwestern,
Pfleger und Therapeuten mit Diplom

Betreuungs- / Pflegekraft:

- sehr gute Deutschkenntnisse - Unterhaltungen ohne Einschränkungen
- gute Deutschkenntnisse - Unterhaltung möglich
- mittlere Deutschkenntnisse - einfache Sätze
- einfache Deutschkenntnisse - geringe Kommunikation
- geringe Deutschkenntnisse - kaum Kommunikation

Weitere Wünsche und Erwartungen:

Ehepartner / Lebenspartner / Mitbewohner: €

Doppelbetreuung je nach Aufwand: €

Fahrtkosten: Anreise € und Abreise €

Wünschen Sie durchgehenden Einsatz an den Feiertagen über Ostern, Weihnachten und Neujahr?

ja nein

Wenn ja, wird der doppelte Tagessatz für diese Feiertage berechnet
(gilt nur für die oben genannten Feiertage, also für höchstens 5 Tage im Kalenderjahr)

3. Rahmenbedingungen

Lage:

- Großstadt Kleinstadt Dorf

Wohnsituation:

Einfamilienhaus ()qm

Wohnung ()qm

.....

.....

Der nächste große Bahnhof / Busbahnhof:

.....

Die nächsten Familienangehörigen wohnen:

.....

Einkaufsmöglichkeiten:

ca.10 min ca. 20 min

länger als 1Stunde

.....

Ausstattung des Zimmers für die Pflege- / Betreuungskraft

eigenes Bad Badmitbenutzung Bett Tisch Schrank

Radio TV WLAN / Internet Telefonflat Ja Nein

Mitarbeiter/in bringt eigenen PC / Laptop mit

.....

.....

4. Zusätzliche Aufgaben

Haustiere:

keine ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden:

ja gelegentlich nein

Einkäufe:

immer gelegentlich nein

Begleitung bei Arztbesuchen:

immer gelegentlich nein

Waschen:

immer gelegentlich nein

Bügeln:

immer gelegentlich nein

Welche weitere Hilfe wird benötigt:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Tagesstruktur

Morgens: wecken um: <input type="checkbox"/> ausschlafen lassen
Baden / Duschen <input type="checkbox"/> mal pro Woche
Vormittag:
Mittags:
Nachmittags:
Abends:
Nachts:
Welche Hobbies hat der Patient:
Sonstiges:

.....

.....

.....

.....

.....

Ort

Datum

Unterschrift

Anlage

**Die Vertragspartner vereinbaren, dass folgende Leistungen im Rahmen des
abgeschlossen Dienstleistungsvertrages erbracht werden:
(bitte zutreffendes ankreuzen)**

1. Hauswirtschaftliche Versorgung

- Einkaufen
- Zubereitung von Speisen, auch deutsche Gerichte
- Spülen, Ein- und Ausräumen der Spülmaschine
- Wechseln, Waschen und Bügeln der Wäsche und Kleidung
- Wechseln und Waschen der Bettwäsche
- Haustierversorgung
- Zimmerpflanzenversorgung
- Reinigung des Arbeitsplatzes, Putzen, Staubsaugen
- Besorgungsaufträge

2. Grundversorgung, Hilfe, Unterstützung, Körperpflege

- Waschen, Teilwaschen, Ganzkörperwaschung, Duschen, Baden
- Zähneputzen, Mundpflege und Zahnhygiene
- Kämmen, Rasieren
- An- und Auskleiden
- Unterstützung bei Ausscheidungen / Darm- und Blasenentleerung
- Wechseln von Inkontinenzmaterial
- Lagern, Mobilisieren
- Mobilitätstätigkeiten
- Fortbewegung, Gehen, Treppensteigen, zu Bett gehen
- Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme
- Verabreichung von Sondenkost bei PEG

3. Freizeitgestaltung und anderen Aktivitäten

- Begleitung bei Aktivitäten
- Kulturveranstaltungen, Restaurants etc.
- Pflegen von Hobbys
- Spaziergängen
- Arztbesuchen
- Unterstützung beim Verlassen der Wohnräume
- Sonstiges

.....
Ort, Datum

.....
Ort, Datum

.....
Auftraggeber

Eventuell dessen Bevollmächtigter

.....
Dienstleister

Eventuell dessen Bevollmächtigter