



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

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 / Betreuer

| | | |
|----------------|----------------------|--------|
| 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

Führerschein - PKW vom Auftraggeber: Schaltung Automatik

Welche Pflege- / Betreuungsart wird gewünscht:

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

Betreuungs- / Pflegekraft:

sehr gute Deutschkenntnisse - Unterhaltungen ohne Einschränkungen

gute Deutschkenntnisse - Unterhaltung möglich

einfache Deutschkenntnisse - kommunikativ

wenig Deutschkenntnisse - kaum Kommunikation

Weitere Wünsche und Erwartungen:

zweite Person (Ehepartner, Lebenspartner, Mitbewohner) im Haushalt ohne Betreuung

zweite Person im Haushalt mit Betreuung

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 mal pro Woche |
| Vormittag: |
| Mittags: |
| Nachmittags: |
| Abends: |
| Nachts: |
| Welche Hobbies hat der Patient: |
| Sonstiges: |

.....

.....

.....

.....

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass die Pflegelotsen GbR die in diesen Anfrageformular zur Angebotserstellung enthaltenen und persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Gleichzeitig akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, welche unter: www.pflegelotsen.com/imp/datenschutz einzusehen ist. Des Weiteren bestätige ich, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterleitung meiner Anfrage von der Pflegelotsen GbR kontaktiert zu werden.

 Ort

Datum

Unterschrift

Anlage

**Die Vertragspartner vereinbaren, dass folgende Leistungen im Rahmen des abgeschlossenen 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

.....

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass die Pflegelotsen GbR die in diesen Anlageformular enthaltenen und persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Gleichzeitig akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, welche unter: www.pflegelotsen.com/imp/datenschutz einzusehen ist. Des Weiteren bestätige ich, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterleitung meiner Anfrage von der Pflegelotsen GbR kontaktiert zu werden

.....
Ort, Datum

.....
Ort, Datum

.....
Leistungsnehmer / Auftraggeber

Eventuell dessen Bevollmächtigter

.....
Leistungsgeber / Dienstleister

Eventuell dessen Bevollmächtigter