

Pflege für Senioren Schug GmbH Marie Curie Straße 3, 50321 Brühl
Tel.: 0176-32008177 Email: info@pflegefuersenioren.com

ZU BETREUENDE PERSON

Anrede: Titel:

Name, Vorname:

Straße und nr.:

PLZ, ORT: Tel.:

E-mail: Mobil:

Geburtsdatum: Alter:

Große: Gewicht:

Alleinlebend? ja nein Rauchen: ja nein

Pflegegrad: kein 1 2 3 4 5
 Ersteinstufung beantragt Höherstufung beantragt

Pflegedienst: nein ja, wie oft:

Beginn des Einsatzes:

KRANKHEITEN UND DIAGNOSEN:

<input type="checkbox"/> Altersbedingter Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Artrose	<input type="checkbox"/> MS
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> ALS	<input type="checkbox"/> Arthritis
<input type="checkbox"/> Gehschwache	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck

<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Stoma
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Schlafstörung		
<input type="checkbox"/> Dekubitus	(wo? <input type="text"/>)		
<input type="checkbox"/> Allergien	(wenn ja; welche: <input type="text"/>)		
<input type="checkbox"/> Behinderung:	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Krebs:	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Andere:	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

KRANKHEITEN UND DIAGNOSEN:

Falls eine Demenzerkrankung vorliegt:

Seit wann besteht die Erkrankung?

Wurde die Demenz ärztlich diagnostiziert? ja nein

Kognitive / Kommunikative Fähigkeiten und Defizite

Die Fähigkeit ist:

	nicht beeinträchtigt	teilweise beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
1. Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Errinern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, die kürzlich erfolgten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Steuern von mehrschichtigen Alltagshandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nicht beeinträchtigt	teilweise beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
6. Treffen von adäquaten Entscheidungen im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Beteiligen an einem Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Häufigkeit angeben:

	nie oder selten	selten	regelmäßig
1. Motorische Verhaltensauffälligkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Verstecken, sammeln, verlegen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beschädigen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Körperlich aggressives Verhalten (schlagen, beißen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Verbale Aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Adrese pflegerelevante auffällige Lautäußerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Abwehr pflegerischer und anderer Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sozial inadäquate Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sexuelle körperliche Annäherungsversuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Unangemessenes An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BETREUUNGSAUFWAND

Nachtruhe: ca. von: bis:

Nachtarbeit: nein ja:

Falls ja; wie oft: 1 mal 2-3 mal 4 mal und mehr

Schlafmedikation? nein ja:

Bewegung: selbstständig mit etwas Hilfe immobil

bettlägerig sturzgefährdet

Transfer nötig aktive Hilfe vom Senior

Pflegebett mit Galgen vorhanden

Umlagerung im Bett

Waschen und Kleiden

Grundpflege selbstständig mit Hilfe

Intimpflege selbstständig mit Hilfe

Kleiderauswahl selbstständig mit Hilfe

Ernährung

selbstständig mit Hilfe

passierte Kost spezielle Kost
wenn ja, welche:

vegetarisch

Toilette

- Urin**
 selbstständig
 mit Hilfe
- Dauerkatheter
 Urinalkondom
- Stuhlgang**
 selbstständig
 mit Hilfe
- Stoma
- Windel
 Einlagen
 Windelhose
 Urininkontinenz
- Stuhlinkontinenz

Kommunikation und Orientierung

- Allgemeinzustand**
 klar ansprechbar
 benommen
 komatös
- Orientierung**
 zeitlich
 örtlich
 zur Person
- Kommunikation**
 sprechen
 sehen
 hören
- Hinlauftendenz/Weglauftendenz**
 ja
 nein
- Medikamenteneinnahme:**
 selbstständig
 mit Erinnerung

Tätigkeiten

- Freizeitgestaltung:**
 selbstständig
 mit Anleitung
 Tagespflege
- muss übernommen werden
- Kochen
 Einkaufen
 Wäsche waschen
- Auto fahren
 zum Arzt begleiten
 Reinigung des Haushaltes

<input type="checkbox"/> Leichte Gartenarbeit	<input type="checkbox"/> Bügeln	<input type="checkbox"/> Haustierversorgung
<input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/> Spazieren gehen	<input type="checkbox"/> Umlagern im Bett
<input type="checkbox"/> Hilfe bei der Körperpflege	sonstiges:	<input type="text"/>
Charaktereigenschaften des Kunden:	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		
Hobbys & Interessen des Kunden:	<input type="text"/>	

Wohnsituation

Art des Hauses:	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Haus	m ² :	<input type="text"/>
Lage:	<input type="checkbox"/> Großstadt	<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> Dorf	
Einkaufsmöglichkeiten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie weit:	<input type="text"/>	

Das Zustandekommen eines Vertrages, bzw. der Entsendung einer Pflegekraft, setzt voraus, dass diese ein eigenes Zimmer zur Verfügung gestellt bekommt.

Ausstattung:	<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Tisch	<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> TV
	<input type="checkbox"/> Computer	<input type="checkbox"/> W-Lan (Eine gute Internetverbindung ist heutzutage eine Voraussetzung)		
	<input type="checkbox"/> Eigenes Bad	<input type="checkbox"/> Bad zur Mitbenutzung	<input type="checkbox"/> Fahrrad	
KFZ vorhanden:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
		<input type="checkbox"/> Gangschaltung	<input type="checkbox"/> Automatik	
Wohnen Angehörige in der Nähe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Hilfsmittel

Folgende Hilfsmitteln stehen dem Senior zur Verfügung:

- | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Transferlifter | <input type="checkbox"/> Duschhocker | <input type="checkbox"/> Pflegebett |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Windeln |
| <input type="checkbox"/> Prothese | <input type="checkbox"/> Orthese | <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Lagerungshilfe | |
| <input type="checkbox"/> Lupe | <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Wannenslifter | | |

Anforderungen an die Betreuungskraft

- Geschlecht: weiblich männlich
- Alter: 20-30 31-40 41-50 51-60
- Sprachkenntnisse: (Schulnote) 1-2 3 4-5 (Grundkenntnisse)
- Ausbildung/Erfahrung:
- Führerschein: ja nein
- Rauchen nein ja ja, im Freien
- Bemerkungen:

Ansprechpartner

- Anrede: Titel:
- Name, Vorname:

Straße und Nr.:

PLZ, Ort:

Tel.:

E-Mail:

Mobil:

Beziehungsverhältnis zu der zu betreuenden Person:

Ehepartner Vertragspartner / Rechnungsempfänger Tochter/Sohn

gesetzl. Betreuer Rechnungsversand erfolgt an diese Person

Bevollmächtigter: nein ja (Vollmacht bitte beifügen)

HINWEISE ZUM DATENSCHUTZ (EU-DSGVO) UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG:

zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten Die Firma Pflege für Senioren Schug GmbH, Mühlenstr. 67, 50321 Brühl ist verantwortlich für den Schutz und die Sicherheit Ihrer Daten. Sie erreichen uns postalisch unter dieser Anschrift oder per E-Mail unter pfsinfo@pflegefursenioren.de . Die in unserem Fragebogen/Beratungs- und Vermittlungsvertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Gesundheitsdaten und familiäre Daten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage der geltenden gesetzlicher Bestimmungen (EU-DSGVO) erhoben und verarbeitet. Wir weisen darauf hin, dass wir Ihre Daten zur Erfüllung unserer vertraglichen Pflichten an unsere Vertragspartner innerhalb der EU (osteuropäische Personalagenturen) übermitteln, die ebenso zur Einhaltung der EU-DSGVO verpflichtet sind. Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie am Ende dieses Dokumentes freiwillig erteilen. Pflichtangaben sind entweder gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben, oder wir benötigen diese Daten für den Vertragsabschluss, die Erbringung der gewünschten Dienstleistung oder den angegebenen Zweck. Die Angabe der Daten liegt selbstverständlich auch bei den Pflichtangaben in Ihrem Ermessen. Eine Nichtangabe kann zur Folge haben, dass der Vertrag von uns nicht erfüllt bzw. die gewünschte Dienstleistung nicht erbracht oder der angegebene Zweck nicht erreicht werden kann. Ihre Vertragsdaten und die dazugehörigen Dokumente speichern wir für 10 Jahre (§147 Abs.3 AO), sonstige Handels- und Geschäftsbriefe für 6 Jahre (§257 Abs. 4 HGB). Ihre für Werbezwecke erhobenen Daten speichern wir, bis Sie dem widersprechen oder Ihre Einwilligung widerrufen. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen haben Sie hinsichtlich Ihrer Daten ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch gegen die Verarbeitung und Datenübertragbarkeit sowie das Recht auf Beschwerde bei einer zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde. Wenn Sie eine erteilte Einwilligung widerrufen, einschränken oder der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung oder aufgrund Ihrer besonderen Situation widersprechen möchten, genügt jederzeit eine kurze Nachricht an unseren Datenschutzbeauftragten per E-Mail unter m.schug@pflegefursenioren.de oder per Post an die oben angegebene Anschrift. Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter www.pflegefursenioren.de/Datenschutz

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift