

Geführt am:		Einsatz ab:		
Wechsel der BetreuerIn:				
<b>Zu betreuende Person:</b>				
<b>Ansprechperson:</b>				
Geburtsdatum:		Alter:	Geschlecht:	
Hausarzt:			Tel:	
SVNr:		PS:	Krankenkassa:	
Gewicht:			Größe:	
Diagnosen:				
<b>Mobil:</b>		<b>Bett:</b>		
verfügbar	Rollator:	Rollstuhl:	Med. Bett:	Leibstuhl:
In Verwendung	Rollator:	Rollstuhl:	Med. Bett:	Leibstuhl:
Ernährung:				
Besonderheiten (Allergien):				
Medizinische Tätigkeiten:				
Dipl. Pflegeperson notwendig:				
Werklohn:				
Tätigkeiten in der Nacht:				

**PERSONENPROFIL im ERSTGESPRÄCH**

	Selbständig	Hilfestellung der Betreuerin	tlw. Übernahme v. Betreuerin	Vollständig Übernahme v. Betreuerin
Sturzgefahr				
Wunden/Dekubiti				
Kommunikation				
Hören		Sehen		
Bewusstseinslage				
Orientierung	ztl:		örtlich:	
Schlafgewohnheiten				
Körperpflege				
An-Auskleiden				
Trinken				
Essen				
LM Unverträglichkeit				
Kau/ Schluckstörung				
Zahnzustand				
Medik. Einnahme	Nimmt gerne ein <input type="checkbox"/> ; Nimmt NICHT gerne ein <input type="checkbox"/>			
Medik. Einschachteln	Wer:		Wann:	
Inkontinenz Harn	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Inkontinenz Stuhl	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Harn			Stuhl	
WH nachts <input type="checkbox"/>	Flasche <input type="checkbox"/>	DK <input type="checkbox"/>	Einlage <input type="checkbox"/>	Leibstuhl <input type="checkbox"/>
WH tagsüber <input type="checkbox"/>				Leibstuhl <input type="checkbox"/>
				WC <input type="checkbox"/>
Aktuelle Therapien			Wann?	
<b>Soziale Situation</b>				
Zweite/Dritte zu betreuende Person <input type="checkbox"/>	Mitbewohner <input type="checkbox"/>	Haustiere <input type="checkbox"/>		Dorf <input type="checkbox"/>
	Allein <input type="checkbox"/>			Garten <input type="checkbox"/>
				Stadt <input type="checkbox"/>
				Terrasse <input type="checkbox"/>
Wohnung <input type="checkbox"/>	Haus <input type="checkbox"/>			
Heizungsart:	Holz <input type="checkbox"/>	Öl <input type="checkbox"/>	Elektrisch <input type="checkbox"/>	Gas <input type="checkbox"/>
Lift im Haus <input type="checkbox"/>	Eingangsstufe <input type="checkbox"/>	Rampe <input type="checkbox"/>	Treppe <input type="checkbox"/>	

Eigenes Zimmer <input type="checkbox"/>	Eig. WC, Bad <input type="checkbox"/>	Eig. TV <input type="checkbox"/>	WLAN <input type="checkbox"/> SIM Karte <input type="checkbox"/>	
Hobbies/ Vorlieben, Gewohnheiten der zu betr. Person				
<b>Anforderung an die Betreuungskraft</b>				
Geschlecht:	Kochen <input type="checkbox"/> Tgl. frisch kochen <input type="checkbox"/> Kocht selbst extra <input type="checkbox"/>	Putzen <input type="checkbox"/>	Wäsche <input type="checkbox"/>	Bügeln <input type="checkbox"/>
Alter:	Nah einkaufen <input type="checkbox"/> Großeinkauf Fam <input type="checkbox"/> 1x/Woche einkaufen <input type="checkbox"/>	Haustiere füttern <input type="checkbox"/>	Garten <input type="checkbox"/> Blumen gießen <input type="checkbox"/>	Spaziergang <input type="checkbox"/> 1x/Tag <input type="checkbox"/> 2x/Tag <input type="checkbox"/>
	Mobilisation <input type="checkbox"/>	Konversation <input type="checkbox"/>	Autofahren <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Erfahrung mit:				
Gibt es Personen, denen der Zugang zum zu Betreuenden nicht gestattet wird? JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>				
Wer:				
Wertgegenstände wurden entfernt oder sichergestellt JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>				

Die von Ihnen getätigte Angaben werden sehr vertraulich behandelt. Die Daten werden nur zur Auswahl der Betreuungskraft verwendet und nicht an fremde Personen weitergegeben. Wenn es nicht zu einer Vermittlung durch die Pflege Perle kommt, wird dieser Fragebogen vernichtet.

Ich bestätige, dass die oben angegebenen Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Auftretende Änderungen sind unverzüglich an die PflegePerle zu melden. Ich nehme zur Kenntnis, dass auf unvollständigen oder unrichtigen Informationen basierende Angebote von der Pflege Perle zurückgenommen bzw. angepasst werden können.

Betreuung	Dauerhaft <input type="checkbox"/>	Beginn			
	Übergang <input type="checkbox"/>	Beginn		Ende	
Datum		Auftraggeber		Auftragnehmer Alexandra Lidia Idriceanu	