

## Erhebungsbogen

Bitte senden Sie den ausgefüllten Erhebungsbogen

- per E-Mail an [service@mcare.pl](mailto:service@mcare.pl)
- per Fax an +48 12 421 22 92

### A. Allgemeine Angaben des Patienten und der Kontaktperson

#### Kontaktperson

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (Mobil): \_\_\_\_\_

Telefonnummer (Privat): \_\_\_\_\_

Telefonnummer (Büro): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_ Bevollmächtigt?  Ja  Nein

Wer unterschreibt den Vertrag?:  Kontaktperson  Patient  Sonstiger: \_\_\_\_\_

#### Patient

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  Weiblich  Männlich Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Familienstand:  Verheiratet  Alleinstehend

Andere Personen im Haushalt: \_\_\_\_\_

Pflegebedürftige Mitbewohner: \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (Mobil): \_\_\_\_\_

Telefonnummer (Privat): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

#### Pflegestufen

Keine:  Eingeschr. Alltagskompetenz:  ja  nein

Falls ja, welche:  1.  2.  3.

Beantragt:  1.  2.  3.

## B. Angaben über die Pflegesituation

### Diagnosen

- |   |  |                                      |  |
|---|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Altersbe. Gehschwäche  | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz     | <input type="checkbox"/> Rheuma      | <input type="checkbox"/> Hypertonie          |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. | <input type="checkbox"/> Demenz                | <input type="checkbox"/> Dekubitus   | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt         |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung  | <input type="checkbox"/> Alzheimer             | <input type="checkbox"/> Allergien   | <input type="checkbox"/> Chronische Diarrhoe |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz   | <input type="checkbox"/> Parkinson             | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Asthma              |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz  | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Depression  | <input type="checkbox"/> Mult. Sklerose      |
| <input type="checkbox"/> Stoma  | <input type="checkbox"/> Diabetes (m. Insulin) | <input type="checkbox"/> Tumore      |  |
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankh.?   | <input type="checkbox"/> Sonstige:             |                                      |  |

### Ambulante Pflegedienste vor Ort

- Ist aktuell ein Pflegedienst beauftragt:  Ja  Nein
- Falls Ja, wie oft kommen Pfleger pro Tag: \_\_\_\_\_
- Wird Pflegedienst auch zukünftig genutzt?  Ja  Nein
- Welche Aufgaben verrichten die Pfleger: \_\_\_\_\_

### Orientierungsvermögen

- |             |                             |                                   |   |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------------|---|
| Persönlich: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Temporär | <input type="checkbox"/> Sehr eingeschränkt |
| Örtlich:    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Temporär | <input type="checkbox"/> Sehr eingeschränkt |
| Zeitlich:   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Temporär | <input type="checkbox"/> Sehr eingeschränkt |

### Mobilitätsfunktion – Generell

- Selbständig  Leicht gehbehindert  Rollator erforderlich  Rollstuhl erforderlich  Bettlägerig
- Andere Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

### Mobilitätsfunktion – Bett / Rollstuhl / Bett

- Selbständig  Mit Unterstützung  Komplett hilfsbedürftig  Bettlägerig (kein Transfer)

### Vorhandene Hilfsmittel:

- Pflegebett  Lift  Dekubitus-Matratze  Rollstuhl  Rollator

### Urinkontrolle

- Kontinent  Teilw. inkontinent  Inkontinent

### Hilfsmittel:

- Windeln  Vorlagen  Urinflasche  Katheter
- Suprapubischer Katheter

### Stuhlkontrolle

- Kontinent  Teilw. inkontinent  Inkontinent

### An- / Auskleiden

- Selbständig  Mit Hilfe  Vollständig hilfsbedürftig

## Baden bzw. Duschen und Körperpflege

Baden/Duschen:	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Kompletts hilfbedürftig	
	<b>Selbstständig</b>	<b>Teilweise Selbstständig</b>	<b>Unter Anleitung</b>	<b>Kompl. Unterstützung</b>
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"/>
Gesäß/Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare 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"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Essen / Trinken

Selbstständig     Mit Hilfe     Vollständig hilfbedürftig

## Kau- u. Schluckstörungen

Keine     Störungen     PEG Sonde     Nahrungskarenz     Trinkkarenz

## Diät bzw. Speiseplan

Keine     Falls ja, was genau:

---

## Einschlafen und Durchschlafen

Problemlos     gelegentliche Störungen    Einnahme Schlafmittel:  Ja     Nein     Gelegentlich

## Nachteinsätze

Keine     Sporadisch     1-2 Einsätze pro Nacht     Mehr als 3 Einsätze pro Nacht

Bitte beschreiben Sie die Charaktereigenschaften und das Wesen des Patienten (ggf. Hobbys, Interessen)

## C. Anforderungen an das Personal

### Profil des Personals

- Männlich       Weiblich       Egal

### Sprachkenntnisse:

<input type="checkbox"/> Sehr gut (verstehen und sprechen fließend)	<input type="checkbox"/> Gut (verstehen gut, einfache Unterhaltung möglich)	<input type="checkbox"/> Befriedigend (kommunikationsfähig, sprechen nicht grammatikalisch)	<input type="checkbox"/> Ausreichend (verstehen einzelne Wörter, Verständigung schwierig)
--	--	--	--

### Führerschein:

- Ja, mit Fahrpraxis       Nicht notwendig

### Rauchen gestattet?

- Ja, im Freien       Nein

Welche Erwartungen stellen Sie an die von MediCare Services vermittelte Betreuungskraft?

## D. Haushalt und Wohnsituation

### Rahmenbedingungen

#### Wohnsituation:

- Einfamilienhaus       Mehrfamilienhaus       Wohnung  
 Großstadt       Kleinstadt       Dorf       ländlich

#### Einkaufsmöglichkeiten vor Ort (zu Fuß erreichbar):

- bis 10 min       bis 20 min       bis 40 min       bis 60 min       > 1 Stunde

#### Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft:

- eigenes Bad       eigenes Bett       Tisch       Schrank       Radio  
 TV       Computer       Internetzugang

### Zusätzliche Informationen und Voraussetzungen

#### Haustiere:

- keine       Wenn ja, welche:

Sollen diese Tiere mit versorgt werden?

- Ja       Nach Bedarf       Nein

#### Betreuung und Hilfestellung bei:

**Einkäufe:**       Ja       Nein

**Kochen:**       Ja       Nein

**Wohnungsreinigung:**       Ja       Nein

**Leichte Gartenarbeit:**       Ja       Nein

**Ausflüge:**       Ja       Nein

**Freizeitgestaltung:**       Ja       Nein

**Spazieren gehen:**       Ja       Nein

**Wäsche waschen:**       Ja       Nein

**Bügeln:**       Ja       Nein

Haushaltshilfe vorh.:  Ja  Nein

Falls ja, wie oft in der Woche:

Begleitung bei Arztbesuchen und Apothekenbesuchen:

Immer  Gelegentlich  Nie

Gewünschter Starttermin für die Betreuung:

## E. Normale Tagesstruktur

Morgens:

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

## F. Abschließende Bemerkungen

### Zusammenfassung

Abschließend bitten wir Sie noch um eine kurze Einschätzung, wie Sie den Betreuungsaufwand sehen:

- Gering                       Mäßig                       Umfangreich                       Erheblich

Unser Personalvorschlag bei gegebener Pflegesituation ist abhängig von der pflegerischen Erfahrung und der Deutschkenntnisse unserer Kräfte. Bitte geben Sie bei offenen Fragen Ihre Präferenz an:

- Berufliche und pflegerische Erfahrung                      oder                       Deutschkenntnisse

### Wie sind Sie auf MediCare Services aufmerksam geworden?

- Familie / Bekannte                       Internet                       Krankenhaus  
 Pflegedienst                       Broschüre  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Haben Sie sonstige Fragen oder Anregungen?

Wir bitten Sie, den Erhebungsbogen zu unterzeichnen. Sie bestätigen hiermit nur die Richtigkeit der Angaben. Ihre Unterschrift führt zu keinem Auftrag. Die Erstellung des Suchprofils und Ihres individuellen Angebotes, welches auf Grundlage der in diesem Erhebungsbogen gemachten Angaben beruht, ist für Sie **unverbindlich** und **kostenfrei**.

Ort

Datum

Unterschrift