



Firma Hapla.eu UG
 Echterstraße 8a
 97209 Veitshöchheim
 Tel.: 01522 8619 710
 Email: info@meine-Polin.de

I. Allgemeine Angaben

	Kontaktperson	Patient
Vorname		
Nachname		
Adresse		
Telefone		
Haus		
Arbeit		
Mobil		
Email		
	Verwandschaftsgrad zum Patienten	Wohnt der Patient alleine?

Diagnosen

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Harzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Kreislauferkrankung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | | |

Pflegestufe

- | | | | |
|------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| keine | <input type="checkbox"/> | | |
| Wenn ja, welche: | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Beantragt: | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

Pflegedienst

Erfolgt z.Zt. Versorgung durch Pflegedienst: ja nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden ja nein

Probleme in der Kommunikation

Sprache keine mässige erhebliche Probleme

Hörvermögen keine mässige erhebliche Probleme

Sehkraft keine mässige erhebliche Probleme

Hilfsmittel:

Hörgerät ja nein

Brille ja nein

Stimmung

normal depressiv aggressiv wahnhaft

Orientierung

zeitlich orientiert zeitweise erhebliche Probleme

örtlich orientiert zeitweise erhebliche Probleme

personenbezogen orientiert zeitweise erhebliche Probleme

Bewegung

selbstständig mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Hilfsmittel:

Treppensteigen

selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Hilfsmittel:

Transfer Bett / Rollstuhl

selbstständig hilft mit komplett hilfebedürftig bettlägerig/kein Transfer

Hilfsmittel:

Pflegebett Lift Dekubitusmatratze Rollstuhl Rollator

Baden / Duschen

selbstständig braucht Hilfe komplett hilfebedürftig

Hilfsmittel:

Baden / Duschen

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterstützung
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese	<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 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"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Urinkontrolle

- kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) inkontinent
Hilfsmittel: Windeln Vorlagen Urintasche
 Katheter suprapubischer Katheter

Stuhlkontrolle

- kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) inkontinent
Hilfsmittel:

An- / Auskleiden

- selbstständig braucht Hilfe komplett hilfesbedürftig

Essen / Trinken

- selbstständig braucht Hilfe (z.B. beim Schneiden) komplett hilfesbedürftig

Kau- und Schluckstörungen

- keine Störungen PEG Sonde
 Nahrungskarenz Trinkkarenz

Ein- / Durchschlafen

- keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-wach-Rhythmus gestört
Wie oft steht der Patient jede Nacht auf:
 1-Mal 2-3 Mal öfter als 3 Mal – besteht die Möglichkeit den Schlaf tagsüber nachzuholen (Freizeitstunden ausgenommen)? ja nein
Bekommt Schlafmittel: ja nein

Diät

keine

ja, folgende:.....

Aktuelle Therapien

keine

Krankengymnastik

Logopädie

sonstige:

Wie ist der Patient von Wesen und Charakter (kurze Beschreibung)

II. Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

Anforderungen an das Personal

Geschlecht

- Frau Mann nicht relevant

Alter

- 20 - 30 30 - 40 40 – 50 über 50 nicht relevant

Führerschein

- ja, mit Fahrpraxis nein

Rahmenbedingungen

Lage

- Großstadt, zentral Großstadt, abseits Kleinstadt Dorf ländlich

Wohnsituation

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung sonstige:

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß)

- ca. 10 Min. ca. 20 Min. ca. 40 Min ca.1 Stunde länger als 1 Std.

Ausstattung des Zimmers der Pflegekraft

- eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio
 TV Computer Internetzugang

Bemerkungen:

Freizeit

- 2 Stunden pro Tag (muss gewährleistet werden) 4 Stunden alle 2 Tage
 ein freier Tag in der Woche nach Absprache

Zusätzliche Bedingungen

Haustiere

- keine wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden: ja nach Bedarf nein

Einkäufe / Kochen / Essenvorbereitung

- immer ab und zu nein für wie viele Personen :.....

Lieblingslebensmittel und Getränke:.....

Wäsche waschen

immer ab und zu nein

Wäsche bügeln

immer ab und zu nein

Begleitung bei Arztbesuchen

immer ab und zu nein
Gibt es Haushaltshilfe nein ja

Wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz:.....

Welche weitere Hilfe braucht der Patient in Haushalt:

Betreuungsdauer

Kurzzeitpflege (von 2 Wochen bis zu 3 Monate):

..... Wochen, Monate Gewünschtes Anfangsdatum

Pflege ab 3 Monaten:

3 Monate 6 Monate 1 Jahr Gewünschtes Anfangsdatum

Der Vertrag kann ohne Angabe von Gründen während der Laufzeit (Gleichgültig, ob für 3 Monate oder 12 Monate abgeschlossen wurde) jederzeit schriftlich zum Ende eines Monats mit der Einhaltung einer monatlichen Kündigungsfrist gekündigt werden.

„Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen **nach meinem besten Wissen** wahrheitsgemäß und vollständig sind“

Unterschrift

Datum



III. Tagesstruktur

Morgens			
<input type="checkbox"/> wecken um:		Uhr	<input type="checkbox"/> ausschlafen lassen
Baden / Duschen:		pro Woche	

Vormittags	

Mittags	

Nachmittags	

Abends	

In der Nacht	

Welche Hobbys hat der Patient

Sonstiges