

Anamnesebogen

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden dieses per Fax an +49 (0) 8062 / 720 97 37
oder per Email an info@medi-experts.de

Bei Fragen rufen Sie uns bitte an +49 (0) 8062 / 720 97 36

Das Einreichen dieses Fragebogens ist kostenfrei und unverbindlich, und führt nicht zu einem Vertragsabschluss.
Bitte geben Sie alle Daten wahrheitsgemäß an, da dieser Erhebungsbogen auch die Grundlage einer eventuellen
Zusammenarbeit wird.

Alle Daten und Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

I. Angaben zur Kontaktperson

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Ort/ PLZ: _____
Telefon: _____ Handy: _____
Fax: _____ E-Mail: _____

II. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Frau Mann

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Ort/ PLZ: _____
Telefon: _____ Handy: _____
Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Mit wem wohnt der Patient/die Patientin? _____

Verhältnis zum Auftraggeber? Vater Mutter anderer Verhältnisgrad _____

Wer sollte der Vertragspartner sein? Kontaktperson die zu betreuende Person

An wen sollte die Rechnung geschickt werden? Auftraggeber Leistungsempfänger

Wann sollte die Betreuung beginnen? _____

Der Termin ist fest flexibel

Dauer der Betreuung?

1 Monat 2 Monate 3 Monate 4 Monate dauerhaft

Urlaubsvertretung, Dauer _____

Welche Wechselzyklen sollten die Betreuungskräfte haben?

3 Wochen 4 Wochen 6 Wochen 2 Monate 3 Monate egal

III. Gesundheitsmerkmale

Pflegegrad: kein 1 2 3 4 5

Pflegegrad beantragt für: 1 2 3 4 5

Ist der Patient zur Zeit durch einen Pflegedienst versorgt? ja nein

Falls ja, wie oft kommt der Pflegedienst? _____

Falls ja, womit beschäftigt sich der Pflegedienst?

Wird der Pflegedienst nach Ankunft der Pflegekraft weiter in Anspruch genommen?

ja nein

Welches Krankheitsbild des Patienten / der Patientin ist bekannt?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Schwäche | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Schluck- / Kaustörungen |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> PEG Sonde |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (tablettspflichtig) | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> Tumor / Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> andere Krankheiten: |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | _____ |

Sind ansteckende Krankheiten, wie bspw. MRSA, bekannt?

- Nein Ja, folgende: _____

Geistiger Zustand:

- klar teilnahmslos apathisch

Demenz:

- beginnend mittelschwer fortgeschritten
 Weglauftendenz aggressives Verhalten

Desorientierung:

- zur Person zum Ort zur Zeit

Mobilität/Beweglichkeit:

- selbstständig mit Unterstützung mit Stock mit Rollator im Rollstuhl
 bettlägerig Lähmung kompletter Transfer notwendig beim Transfer hilft der Patient mit

Treppensteigen:

- selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Hilfsmittel:

- Gehstock Rollator Rollstuhl Pflegebett
 Treppenlift Badewannenlift Duschlift
 Toilettenstuhl Duschstuhl Windeln Katheter Einlagen Bettpfanne
 Urinflasche suprapubischer Katheter
 Sonstige (welche: _____)

Urinkontinenz:

- kontinent inkontinent teilweise inkontinent (z. B. Nachts)

Stuhlkontinenz:

- kontinent inkontinent teilweise inkontinent (z. B. Nachts)

Nachtruhe (wie oft steht der Patient nachts auf?)

- keinmal einmal 2-3 mal mehr als 3 mal

Schlafmittel?

- ja nein

Nachmittagsschlaf?

- ja nein

Körperpflege:

- | | | | |
|--------------|--|------------------------------------|--|
| Mundpflege | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplette Unterstützung |
| Körperpflege | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplette Unterstützung |
| Intimpflege | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplette Unterstützung |
| Rasieren | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplette Unterstützung |

Essen und Trinken: selbstständig mit Hilfe

Kommunikation:

- | | | | |
|-------------|------------------------------|--|--|
| Sprache | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> gar nicht möglich |
| Hörvermögen | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> gar nicht möglich <input type="checkbox"/> Hörgerät |
| Sehkraft | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> gar nicht möglich <input type="checkbox"/> Brille |

Wie ist der Patient / die Patientin vom Wesen und Charakter? Welches Hobby hat der Patient / die Patientin? (Bitte um eine kurze Beschreibung)

IV. Anforderungen an die Betreuungskraft

Personenbezogene Tätigkeiten:

- allgemeine Seniorenbetreuung Windeln/Einlagen wechseln zum Arzt begleiten
 aktivierende Betreuung (Freizeitgestaltung, spazieren gehen)

An- und Ausziehen:

- selbstständig teilweise selbstständig unter Anleitung komplette Unterstützung

Medikamenteneinnahme:

- selbstständig unter Aufsicht unselbstständig

Medikation wird gerichtet:

- selbstständig durch Angehörige durch Pflegedienst

Diät / Schonkost nein ja (welche? _____)

Ein- / Durchschlafen keine Probleme Sporadisch Probleme

Schlaf- / Wachrhythmus gestört Schlaftabletten

Gewöhnliche Zeit der Nachtruhe von ca.: _____ Uhr bis ca. _____ Uhr

Ist Überwachung des Patienten / der Patienten in der Nacht erforderlich?

- nein
 ja: einmal zweimal dreimal oder mehr

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

- kochen waschen bügeln Einkäufe erledigen aufräumen/reinigen
 leichte Gartenpflege Begleitung zu Ärzten, Bekannten, etc. Spaziergänge
 Gesellschaft leisten / Unterhaltung Haustierversorgung
 weiteres _____

V. Haushalt

Lokation:

- Großstadt Kleinstadt Dorf
 Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Haushaltsfläche: _____m² **Gartenfläche:** _____m²

Angehörige: wohnen im selben Haushalt wohnen in der Nähe wohnen weit entfernt

Einkaufsmöglichkeiten:

- Fußläufig erreichbar per Auto Sonstiges _____
 ca. 10 min. ca. 30 min ca. 1 Stunde mehr _____

Tiere:

- nein ja, welche _____

Wird eigenes Zimmer für die Pflegekraft vorhanden? ja nein

Wenn nein – wo wird die Pflegekraft untergebracht? _____

Ausstattung des Zimmers für die Pflegekraft:

- Bett Schrank Tisch TV Radio eigenes Bad
 andere _____

Der Pflegekraft zur Verfügung gestellten Kommunikationsmittel:

- Telefon Festnetz mit Auslandsflatrate Internet

Freizeitregelung. 2 - 3 Stunden pro Tag ½ Tag pro Woche

- ein Wochenende pro Monat nach Absprache

VI. Personalanforderungen

Geschlecht: Frau Mann egal

Alter in Jahren: 20 – 30 30 – 40 40 – 50 über 50 egal

Pflegeerfahrung: nicht erforderlich erforderlich wäre von Vorteil

Führerschein: nicht erforderlich erforderlich egal

Nichtraucher: ja nein egal

Deutschkenntnisse:

Grundkenntnisse

(Betreuer(in) spricht einfache Worte, Konversation ist nicht möglich)

Erweiterte Grundkenntnisse

(Betreuer(in) spricht einfache Wörtern und Sätze; kann einfache Informationen in einzelnen Sätzen an den Ansprechpartner vermitteln; grammatikalische Fehler kommen vor)

Mittlere Deutschkenntnisse

(Betreuer(in) hat wenige Probleme mit dem Sprechen; keine Angst vor der Kommunikation; spricht in einzelnen einfachen Sätzen, kann auch einfache Sätze verstehen und formulieren)

Gute Kenntnisse

(Betreuer(in) benutzt erweiterten Wortschatz, unterhält sich ohne Probleme über viele Themen, relativ fehlerfreies Sprechen)

Sehr gute Kenntnisse

(Betreuer(in) spricht problemlos, die Unterhaltung verläuft ohne jegliche Probleme; keine Probleme mit dem Verstehen gesprochener sowie geschriebener Texte, nahezu fehlerfreies Sprechen)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

durch Empfehlung

Flyer / Broschüre

Zeitungsinserat

Internet

Sonstiges

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Ich versichere hiermit, dass die gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Im Falle eines Auftrags wird dieser Fragebogen Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Wir werden Ihnen umgehend ein Angebot unterbreiten und Ihnen unsere Vorschläge zur Besetzung Ihrer Stelle mit einer Betreuungskraft präsentieren. Die vorgeschlagene Betreuungskraft wird für Sie reserviert.

medi-experts – Pflege24 mit Herz
Bahnhofstr. 98
83098 Brannenburg

Tel.: +49 (8062) 72 097 36 – Mob.: +49 (160) 53 606 35 – Fax.: +49 (8062) 72 097 37
E-Mail: info@pflege24-mit-herz.de – Homepage: www.pflege24-mit-herz.de