

## Allgemeine Angaben

### Angaben zur Kontaktperson

Vorname:

Name :

Straße und Hausnr. :

PLZ :

Ort :

Telefonnummer :

Mobil-Nummer :

E-Mail Adresse :

**Verwandtschaftsgrad zwischen der zu betreuenden Person und der Kontaktperson :**

---

### Angaben zur Pflegeperson

Vorname:

Name :

Geburtsdatum :

Straße und Hausnr. :

PLZ :

Ort :

Telefonnummer:

Größe :

Gewicht :

**Welchen Pflegegrad hat die zu betreuende Person:**

Kein Pflegegrad  beantragt

Pflegegrad 1  Pflegegrad 2  Pflegegrad 3  Pflegegrad 4  Pflegegrad 5

**Lebt die zu betreuende Person allein:**

ja

nein

**Braucht ein weiteres Familienmitglied Pflegehilfe:**

ja

nein

Falls ja, bitte beschreiben Sie die benötigte Pflegeunterstützung ( oder füllen einen weiteren Fragebogen aus ) :

**Erkrankungen der zu betreuenden Person:**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz       | <input type="checkbox"/> Schlaganfall     | <input type="checkbox"/> Arthrose          | <input type="checkbox"/> Sonde                 |
| <input type="checkbox"/> fortgeschrittene Demenz | <input type="checkbox"/> Hypertonie       | <input type="checkbox"/> Rheuma            | <input type="checkbox"/> Dekubitus             |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer               | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt      | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Allergien             |
| <input type="checkbox"/> Parkinson               | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung   | <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Depression              | <input type="checkbox"/> Diabetes         | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung   | <input type="checkbox"/> sonstige              |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz             | <input type="checkbox"/> COPD             | <input type="checkbox"/> Stoma             |  |
| <input type="checkbox"/> Gehschwäche             |   |  |  |

**Sonstige Erkrankungen:  
Beschreibung:**

**Einsatz 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  geringe  massive Probleme  
Hörvermögen:  keine  geringe  massive Probleme  
Sehkraft:  keine  geringe  massive Probleme

**Hilfsmittel zur Kommunikation:**

Hörgerät:  ja  nein  
Brille:  ja  nein  
Sonstige:

**Probleme in der Orientierung:**

Zeitliche:  ja  zeitweise  massive Probleme  
Örtliche:  ja  zeitweise  massive Probleme  
Persönliche:  ja  zeitweise  massive Probleme

**Bewegung:**

selbstständig  mit Unterstützung  überwiegend im Rollstuhl  bettlägerig

**Treppensteigen:**

selbstständig  mit Unterstützung  nicht möglich

**Transfer Bett/ Rollstuhl:**

selbstständig  hilft mit  komplett hilfsbedürftig  bettlägerig/ kein Transfer

- Pflegebett   
  Badelifter   
  Dekubitus-Matratze   
  Rollstuhl   
  Rollator  
 Gehstock   
  Toilettenstuhl   
  sonstige

### Baden/Duschen:

- selbstständig   
  braucht Hilfe   
  komplett hilfsbedürftig

### Hilfe zum Baden/Duschen - Körperpflege:

	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"/>

### Urin.- und Stuhlkontrolle:

- kontinent   
  teilweise inkontinent   
  inkontinent

- Hilfsmittel:   
  Windelhosen   
  Vorlagen   
  Urinflasche  
 Katheter   
  suprapubischer Katheter

### Bemerkungen:

### An- / Auskleiden:

- selbstständig   
  benötigt Hilfe (z.b. Anleitung)   
  komplett hilfsbedürftig

**Nahrungsaufnahme:**

- selbstständig     benötigt Hilfe (z.B. beim Schneiden)     komplett hilfsbedürftig

**Kau- u. Schluckstörungen:**

- keine                                       Störungen                                       PEG Sonde  
 Nahrungskarenz                               Trinkkarenz                                       Sonstige

**Diät:**

- keine                                       wenn ja, welche:

**Ein- / Durchschlafen:**

- keine Probleme                               gelegentliche Störungen                               Schlaf- wach- Rhythmus gestört

**Wie oft steht der Patient jede Nacht auf:**

- gar nicht     1 mal     2-3 mal                               mehr als 3 mal  
Schlafmittel:  ja, regelmäßig     nein                               gelegentlich

**Therapien des Patienten:**

- keine     Physiotherapie     Logopädie     sonstige:

**Anforderungen an das Personal**

**Geschlecht:**

- Frau     Mann     irrelevant

**Alter:**

- 20-30 Jahre     30-40 Jahre     40-50 Jahre     älter als 50 Jahre     irrelevant

**Sprachkenntnisse:**  sehr gut  gut  befriedigend  ausreichend  
 schwach

**Führerschein:**  ja  nein  irrelevant

**Raucher/in:**  ja  nein  irrelevant

**Bitte beschreiben Sie welche Erwartungen und Vorstellungen Sie an die Betreuungskraft stellen ?**

**Rahmenbedingungen - Wohnsituation:**

**Lage:**

Großstadt- zentral  Großstadt- abgelegen  Kleinstadt  
 Dorf  Ländlich

**Wohnsituation:**

Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  Wohnung  
 sonstige:

**Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):**

ca. 10 min.  20 min.  ca.40 min.  1Stunde  
 länger als 1 Stunde

**Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft:**

- eigenes Bad     Bett     Tisch     Schrank     Radio     TV  
 Internet

**Bemerkungen zur Wohnsituation:**

**Haustiere:**

- keine     wenn ja, welche:

**Sollen die Haustiere mitversorgt werden:**  ja     nach Bedarf     nein

**Einkäufe/ Kochen/ Essenvorbereitung:**

- immer     ab und zu     nein

**Waschen:**

- immer     ab und zu     nein

**Bügeln:**

- immer     ab und zu     nein

**Begleitung bei Arztbesuchen:**

- immer     ab und zu     nein

**Gibt es eine Haushaltshilfe:**  nein     wenn ja, wie oft kommt diese zum Einsatz:

**Gewünschter Betreuungsbeginn: Datum :**

Hiermit willige ich ein dass meine Personenbezogenen Daten und Informationen zur Verarbeitung meiner Anfrage verwendet werden dürfen, und ich bei Rückfragen von der Pflegevermittlung Makolla kontaktiert werden darf. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit per Email: [info@makolla-pflegevermittlung.de](mailto:info@makolla-pflegevermittlung.de) widerrufen.

Ich bin berechtigt die angegeben Daten im Zuge meiner Anfrage weitergegeben haben zu dürfen, und bestätige dass diese Angaben nach bestem Wissen und Gewissen angegeben wurden. Ferner akzeptieren Sie die detaillierten Informationen im Umgang mit Nutzerdaten in unserer Datenschutzerklärung: <https://www.pflegevermittlung-makolla.de/Datenschutz> einzusehen.

---

Datum, Unterschrift