



Zentrale: Mozartstraße 1, 76133 Karlsruhe
 Bundesweit kostenlos 0800 2883 638
 Standort Karlsruhe 0721 9203 764
 Standort Leipzig 0341 6583 0691
 Standort Berlin 0302 5814 3584
 Fax: 0721 9203 765
 E-Mail: info@attendus.de
 Internet: www.Attendus.de

Anfrageformular zur Verhinderungspflege

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstvertrages.

Wir versichern Ihnen, dass die von Ihnen angegebenen Daten vorschriftsmäßig vertraulich behandelt werden, es gelten die aktuellen Datenschutzrichtlinien.

1. Allgemeine Angaben

Angaben zur pflegebedürftigen Person	
Name und Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	Handy:
Geburtsdatum:	
Raucher/in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pflegegrad:	
Größe:	Gewicht:
Ansprechpartners/Betreuer	
Name und Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	Handy:
E – Mail:	
bestmögliche Erreichbarkeit:	
Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, bitte ausgeführte Tätigkeit(en) beschreiben:	
Wird der Pflegedienst unverändert kommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Änderung wie folgt:	
Gewünschter Betreuungsbeginn (bzw. bei nur kurzzeitigen Betreuungen gewünschter Zeitraum):	

Diagnosen

- Allergie Herzinfarkt Tumor Druckgeschwür Alzheimer Herzinsuffizienz
 Schlaganfall Parkinson chronische Durchfälle Demenz Diabetes
 andere:

Kommunikation

Sprache:

- gut mäßig massive Probleme

Hörvermögen:

- gut mäßig massive Probleme

Sehkraft:

- gut mäßig nicht vorhanden

Hilfsmittel:

- Brille Hörgerät andere _____

Orientierung:

Zeitlich

- ja
 zeitweise
 massive Probleme

Örtlich

- ja
 zeitweise
 massive Probleme

Erkennen von Personen

- ja
 zeitweise
 massive Probleme

Mobilität

- komplett selbstständig selbstständig mit Hilfsmitteln (Rollator/Stock) nur mit Unterstützung
 überwiegend Rollstuhl Rollstuhl und Bett bettlägerig

Transfer Bett/ Rollstuhl

- selbstständig mit Hilfe (kann stehen) komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel in der Wohnung

- Rollstuhl Rollator Toilettenstuhl Bett-Lifter Krankenbett Badewannenlift
 Treppenlift Sonstige, welche _____

Urin

- Inkontinent Windeln/ Einlagen Katheter

Stuhlgang

- Inkontinent chronische Durchfälle

Aktuelle Therapien

- Krankengymnastik Lymphdrainage Sonstige:

Betreuung / Hilfestellung bei

An- Auskleiden:

- selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Essen/Trinken:

- selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Kochen:

- selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Baden/Duschen:

- selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Körperpflege:

	Selbstständig	Teilweise selbstständig	Unter Anleitung	Vollständige Unterstützung
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"/>
Intimbereich	<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"/>

Braucht die pflegebedürftige Person Hilfestellung in der Nacht?

(Hinweis: ggf. können Zuschläge, zusätzliche Betreuungskräfte, kürzere Verweilzeiten o.ä. erforderlich sein, falls eine Einhaltung der vorgeschriebenen Nachtruhe nicht möglich wäre.)

(22:00-6:00Uhr) ja nein

Falls ja, warum und wie oft? Bitte kurz beschreiben:

Leben weitere Personen im Haushalt? ja (= obligatorischer Zuschlag) nein

Bei ja, wie viele? ____ Benötigen selbst Hilfe, d.h. nicht nur mithelfend und entlastend tätig? ja nein

2. Anforderungen an die Betreuungskraft und Rahmenbedingungen

Wünsche und Bedürfnisse bezüglich der Betreuungskraft:

Geschlecht: männlich weiblich egal

Alter: 20-30Jahre 30-40Jahre 40-50Jahre älter 50 egal

Führerschein erwünscht bzw. erforderlich (nur, wenn ein Auto vor Ort): ja nein

Bei ja, welches Fahrzeug/Typ?..... Automatik? ja nein

Unbedingt und begründet Nichtraucher erforderlich: ja nein, nur erwünscht

(Bitte beachten: das Kreuz bei `ja` schränkt die Auswahl evtl. sehr ein und die Kräfte dürfen selbstverständlich immer nur draußen rauchen, sowie keine Kettenraucher etc. ...)

Weitere Voraussetzungen, die gewünscht/benötigt werden:

Verhinderungspflege 14 Tage – mit sehr guten Deutschkenntnissen

Verhinderungspflege 10 Tage – mit guten Deutschkenntnissen

Verhinderungspflege individuell von _____ bis _____

Wurde eine häusliche Pflege schon sechs Monate geleistet, haben Sie darüber hinaus (ab Pflegegrad 2) noch Anspruch auf die sog. Verhinderungspflege. Diese muss bei der Pflegekasse beantragt werden und beträgt derzeit 1.612,00 € im Jahr. In diesem Zusammenhang können noch 50% des Leistungsbetrages für die Kurzzeitpflege zusätzlich für die Verhinderungspflege ausgegeben werden (bis zu 806,00 €). Damit stehen Ihnen für die jährliche Verhinderungspflege insgesamt 2.418 € zur Verfügung. (Das würde somit auch bedeuten, dass dies den Eigenanteil umgerechnet auf den Monat um 201,50 € vermindert.) Hinzu kommt, dass in der Zeit der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege auch mind. die Hälfte des Pflegegelds weitergezahlt wird

Sonstige Wünsche und Erwartungen, sowie individuelle Tipps, Infos o.ä.:

Rahmenbedingungen

Lage:

- Großstadt Kleinstadt Dorf

Wohnsituation:

- Einfamilienhaus (_____)qm Wohnung (_____)qm

Der nächste große (Bus-)Bahnhof ist in:

Die nächsten Familienangehörigen wohnen in:

Einkaufsmöglichkeiten:

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

Ausstattung des Zimmers für den/ die Mitarbeiter/in

- eigenes Bad Badmitbenutzung Bett TV Tisch Schrank Radio Computer

Internet/WLAN-Zugang (wichtig/erforderlich!): bereits vorhanden wird umgehend eingerichtet

Anmerkungen:

3. Zusätzliche Aufgaben

Haustiere:

- keine ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden?

- ja nein

Einkäufe:

- immer gelegentlich nein

Begleitung bei Arztbesuchen:

- immer gelegentlich nein

Waschen:

- immer gelegentlich nein

Bügeln:

- immer gelegentlich nein

Wird ggf. weitere Hilfe im Haushalt benötigt? Falls ja, folgende:

4. Tagesstruktur

Morgens: wecken um: <input type="checkbox"/> ausschlafen lassen
Baden/Duschen __mal pro Woche
Vormittag:
Mittags:
Nachmittags:
Abends:
Nachts:
Welche Hobbies hat der Patient:
Sonstiges:

Ort Datum Unterschrift