

Tarif: \_\_\_\_\_

Beginn: \_\_\_\_\_



SeLaVie24-Seniorenbetreuung  
Heimstr.11  
44536 Lünen  
Tel: 02596/6379 909  
Email: selavie24@yahoo.de

## 1. PERSONENDATEN

- **Ansprechpartner**

Name und Vorname: .....

Adresse: .....

Telefon/Handy:.....

E-Mail: .....

- **Leistungsempfänger**

Name und Vorname: .....

Adresse: .....

Telefon/Handy: .....

E- Mail: .....

## 2. ANGABEN ZUR PFLEGE

Größe: .....cm

Gewicht: .....kg

Geburtsdatum: .....

**Pflegegrad:**

ja

nein

ein Pflegegrad ist beantragt

Grad.....

## 3. VERHÄLTNIS DES LEISTUNGSEMPFÄNGER ZUM ANSPRECHPARTNER

Mutter  Vater  oder  .....

- **Wer soll Vertragspartner werden?**

Ansprechpartner

Leistungsempfänger

- **Rechnungsstellung erfolgt an:**

Ansprechpartner

Leistungsempfänger



• **Diät:**

ja (welche): .....  nein

• **Ist ein Pflegedienst beauftragt?**

ja  nein

Wenn ja, soll Pflegedienst soll weiterhin kommen?  ja  nein

Wie oft täglich? .....

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

.....  
.....

• **Es besteht Hilfsmittel:**

Hebegurt  Hebesitz  Patientenlift  Wannenlifter  Hörgerät

Rollator  Rollstuhl  Pflegebett  Dekubitusmatratze  Toilettenstuhl

andere

• **Kommunikationsfähigkeit:**

Sprache  keine Einschränkung  geringe Einschränkung  starke Einschränkung

Sehkraft  keine Einschränkung  geringe Einschränkung  starke Einschränkung

Hörvermögen  keine Einschränkung  geringe Einschränkung  starke Einschränkung

• **Schlafstörung:**

**Ein-/Durchschlafen:**

keine Probleme  sporadisch  Schlaf-/Wachrythmus gestört

**Nachtruhe:**

ungestört  gelegentlich gestört  oft erhebliche Unruhe

regelmäßig nächtliche Betreuung

**Überwachung in der Nacht:**

ja  nein

Wenn ja, wie oft und wie sollte diese ablaufen?

.....  
.....

• Charakter und Wesen des Patienten:

---



---



---

**5. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT:**

• Pflegerische Tätigkeiten:

An-/ auskleiden	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Mundpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Oberkörper	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Intimpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Gesäß/ Beine	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Haare waschen/kämmen	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Rasieren	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Handpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Toilettengang	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Windeln wechseln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hilfestellung beim stehen/gehen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Begleitung beim Arztbesuch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

weiteres:.....  
.....

• Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung   | <input type="checkbox"/> Kochen (für wie viel Personen ohne Betreuerin?.....) |
| <input type="checkbox"/> Wäsche waschen  | <input type="checkbox"/> Einkaufen  |
| <input type="checkbox"/> Bügeln  | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung                                   |
| <input type="checkbox"/> Spazieren gehen: <input type="checkbox"/> mit Gehstock <input type="checkbox"/> mit Gehilfe <input type="checkbox"/> im Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> ohne Hilfe |   |
| <input type="checkbox"/> aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele)   |   |
| <input type="checkbox"/> 24h Rufbereitschaft   |   |

**Andere Tätigkeiten:**.....  
.....



- **Nichtraucher/in:**       ja, wichtig                       egal
- **Führerschein mit Fahrpraxis:**     ja, wichtig                       egal
- **Tierlieb:**                       ja, wichtig                       egal
- **Deutschkenntnisse:**

- erweiterte Grundkenntnisse – verstehen gut, sprechen mit Schwierigkeiten
- gute Kenntnisse – einfache, normale Unterhaltung ist möglich
- sehr gute Kenntnisse – in Wort und Schrift

- **Vorhandene Ausstattung des eigenen Zimmers für die Betreuerin/ den Betreuer:**

- eigenes Bad                       TV Gerät                       Internet Anschluss

Sonstiges:.....  
.....

- **Sonstiges:**

**Hier können Sie sonstige Angaben machen, die Ihnen wichtig erscheinen, oder Fragen stellen, die Sie geklärt haben möchten:**

.....  
.....  
.....