

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:

Grad..... nein ein Pflegegrad ist beantragt

3. VERHÄLTNIS DES LEISTUNGSEMPFÄNGER ZUM ANSPRECHPARTNER

.....

- **Wer soll Vertragspartner werden?**

Ansprechpartner Leistungsempfänger

- **Rechnungsstellung erfolgt an:**

Ansprechpartner Leistungsempfänger

4. GESUNDHEITSMERKMALE

- **Mobilität:**

- selbständig
 mit Unterstützung
 Rollstuhl
 bettlägerig

Die Pflegeperson:

- ...muss angehoben werden
 ... kann dabei mithelfen
 ... kann selbständig aufstehen

Wie erfolgt Transfer?

- **geistiger Zustand:**

- klar aggressiv depressiv verwirrt Demenz

- **Toilette:**

- selbstständig
 mit Hilfe
 Teilinkontinenz
 Vollinkontinenz

Hilfsmittel

- Vorlagen
 Urinflasche
 Windeln
 Dauerkatheter

- **Orientierung:**

- | | | | |
|------------|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| zeitlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| Örtlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| persönlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |

- **Körperlicher Zustand:**

• **Diät:**

ja (welche): nein

• **Ist ein Pflegedienst beauftragt?**

Wenn ja, soll Pflegedienst soll weiterhin kommen und welche Pflgetätigkeiten erbringen?

.....

• **Es besteht Hilfsmittel:**

Hebegurt Hebesitz Patientenlift Wannenfifter Hörgerät
 Rollator Rollstuhl Pflegebett Dekubitusmatratze Toilettenstuhl
 andere

• **Kommunikationsfähigkeit:**

Sprache	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> geringe Einschränkung	<input type="checkbox"/> starke Einschränkung
Sehkraft	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> geringe Einschränkung	<input type="checkbox"/> starke Einschränkung
Hörvermögen	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> geringe Einschränkung	<input type="checkbox"/> starke Einschränkung

.....

• **Nachtruhe:**

ungestört gelegentlich gestört oft erhebliche Unruhe
 regelmäßig nächtliche Betreuung

Eventuelle Ergänzungen zum nächtlichen Verhalten der/des Patientin/-en:

.....

• 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"/> 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) | |

Andere Tätigkeiten:.....
.....

6. ANGABEN ZUM HAUSHALT

- **Art des Haushaltes:**

Wohnung Haus Fläche ca..... m2

- **Treppensteigen für Patienten im Haus notwendig?:**

Ja Nein

- **Lage:**

Großstadt zentral Bauernhoff Kleinstadt
 Großstadt abgelegen Dorf mit Einkaufsmöglichkeiten

- **Wohnt Pflegeperson alleine?:** _____

- **Wie regelmässig erfolgt Besuch durch Familie?** _____

- **Gibt es Haustiere zu Hause?** ja nein

- **Wenn ja, welche?**

- **Ist Autofahren/Führerschein zwingend notwendig?** ja nein

- **Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):**

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

7. PERSONALANFORDERUNGEN

- **Gewünschtes Datum des Einsatzbeginns:**

- **Geplante Dauer des Pflegeeinsatzes:**

- **Geschlecht des Personals:**

weiblich männlich egal

- **Alter:**

20-40 40-60 60+ egal

- **Kräftige Person:** egal ja, da schwergewichtiger Patient

- **Nichtraucher/in:** egal, aber draußen ja, sehr wichtig

• **Deutschkenntnisse:**

- erweiterte Grundkenntnisse – verstehen gut, sprechen mit Schwierigkeiten
- gute Kenntnisse – einfache, normale Unterhaltung ist möglich

• **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:

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

8. Datenschutzerklärung

Der Schutz und die Sicherheit von persönlichen Daten hat bei uns eine hohe Priorität. Daher halten wir uns strikt an die Regeln des deutschen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Nachfolgend werden Sie darüber informiert, zu welchem Zweck sie erhoben werden:

1. Nutzung persönlicher Daten

Persönliche Daten werden nur erhoben oder verarbeitet, wenn Sie diese Angaben freiwillig im Rahmen einer Betreuungsanfrage mitteilen. Sofern keine erforderlichen Gründe im Zusammenhang mit einer Geschäftsabwicklung bestehen, können Sie jederzeit die zuvor erteilte Genehmigung Ihrer persönlichen Datenspeicherung mit sofortiger Wirkung schriftlich (z.B. per E-Mail) widerrufen. Ihre Daten werden ausschließlich an Vermittlungsagenturen weitergegeben, damit ein Bedarfsprofil für die Betreuung erstellt werden kann. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergeben, es sei denn, eine Weitergabe ist aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich.

3. Auskunft, Änderung und Löschung Ihrer Daten

Gemäß geltendem Recht können Sie jederzeit bei uns schriftlich nachfragen, ob und welche personenbezogenen Daten bei uns über Sie gespeichert sind. Eine entsprechende Mitteilung hierzu erhalten Sie umgehend.

4. Sicherheit Ihrer Daten

Ihre uns zur Verfügung gestellten persönlichen Daten werden durch Ergreifung aller technischen sowie organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen so gesichert, dass sie für den Zugriff unberechtigter Dritter unzugänglich sind. Bei Versendung von sehr sensiblen Daten oder Informationen ist es empfehlenswert, den Postweg zu nutzen, da eine vollständige Datensicherheit per E-Mail nicht gewährleistet werden kann.

Mit meiner Unterschrift willige ich die Erhebung und die Speicherung der Angaben aus diesem Fragebogen ein. Ich erteile meine Einwilligung zur Übermittlung dieses Fragebogens an Vermittlungsagenturen in EU Ausland, die Geschäftspartner von SeLaVie24 sind.

Name _____ Unterschrift _____ Datum _____