

Erhebungsbogen

Für die Organisation einer

24 Std. Betreuung **Stundenweise Betreuung** **Kurzzeit-Vertretung**

zur Erfassung des Zustandes der zu betreuenden Person sowie dessen Umfeld um die optimale Betreuungskraft zu vermitteln.

Bitte vollständig ausfüllen um die erfassten Daten für andere Formulare (z.B. Bundesministerium) verwenden zu können. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Die pflegebedürftige Person	
Nachname	
Vorname	
Adresse	
PLZ/Ort	
Telefonnummer	
Mobil Nr.	
E-Mail	
Staatsangehörigkeit	

Auftraggeber	
<input type="radio"/> Pflegebedürftige Person selbst <input type="radio"/> Vertretung im Namen der pflegebedürftigen Person (z.B. Sachwalter, gesetzlicher Vertretung, Vorsorgebevollmächtigter etc.) <input type="radio"/> Eine andere Person zugunsten der zu betreuenden Person (z.B. Angehöriger, Vertrauensperson)	
Nachname	
Vorname	
Adresse	
PLZ/Ort	
Telefonnummer	
Mobil Nr.	
E-mail	
Verwandtschaftsverhältnis	
Staatsangehörigkeit	

Kontaktperson	
Nachname	
Vorname	
Adresse	
PLZ/Ort	
Telefonnummer	
Mobil Nr.	
E-mail	
Verwandtschaftsverhältnis	
Staatsangehörigkeit	

Beginn des Betreuungsverhältnisses:
Ende des Betreuungsverhältnisses (nur bei Kurzzeit-Vertretung):

Angaben zur betreuenden Person:	
Geburtsdatum	
Sozialversicherung Nr.	
Bundesland	OÖ <input type="radio"/> Sbg <input type="radio"/> Bgl <input type="radio"/> Wien <input type="radio"/> Nö <input type="radio"/> Stmk <input type="radio"/> Ktn <input type="radio"/> V <input type="radio"/> Tr <input type="radio"/>
Größe	
Gewicht	
Pflegestufe	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/>
Antrag auf Erhöhung	gestellt <input type="radio"/> Datum: _____ nein <input type="radio"/>
Medikamente/Behandlung	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Hausarzt/Ärztin	Name: _____ Tel.: _____
Gehhilfe	Rollstuhl <input type="checkbox"/> Krücken <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/>
Infektiöse Krankheiten (z.B. Haut) - welche	
Ist die pflegebedürftige Person ...	
geh fähig	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
gelähmt	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
bettlägerig	Nein <input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> ständig <input type="radio"/>
in der Lage, die Mahlzeiten bei Tisch einzunehmen	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
dement	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
nachts ruhig	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Raucher	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
labil	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
reizbar	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
unverträglich	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
gewalttätig	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Inkontinent	Nein <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Windeln <input type="checkbox"/>
örtlich Orientiert	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
zeitlich Orientiert	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Sonstiges	
Benötigt die pflegebedürftige Person fremde Hilfe beim...	
ankleiden	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
waschen	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
frisieren/rasieren	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
aufstehen aus dem Bett	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Zubettgehen	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
essen	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
aufsuchen der Toilette	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Sonstiges	
Benötigt die pflegebedürftige Person eine Diät?	
Zuckerdiät	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Magenschonkost	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Gallenschonkost	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Kalorienreduzierte Kost	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Sonstiges	
Benötigt die pflegebedürftige Person eine Nachtpflege? Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>	
wenn ja, bitte beschreiben Sie diese...	
Kommunikationsfähigkeit	ungestörte <input type="radio"/> eingeschränkte <input type="radio"/> keine <input type="radio"/>
Religionsbekenntnis	
Hobbies und Interessen	
Sonstiges	
Welche gesundheitlichen Einschränkungen liegen noch vor?	
bitte beschreiben Sie diese	

Weitere wichtige Informationen?	
Wohnverhältnisse	Wohnung <input type="radio"/> Haus <input type="radio"/>
Lage	Ortszentrum <input type="radio"/> Ortsrand <input type="radio"/> außerhalb <input type="radio"/>
Im Haushalt wohnen insgesamt (Anzahl der Personen):	
Unterstützung durch die Familie der zu betreuenden Person? nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>	
Wenn ja, wer?	
Einkaufsmöglichkeiten Ca. Entfernung	
Steht ein Auto zu Verfügung?	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Haustiere /welche/	
Sonstiges	

Die Unterbringung der Betreuerin	
Eigenes Zimmer mit Bett und Schrank?	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Fernseher	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Getrenntes WC	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Getrenntes Bad	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Internet Möglichkeit	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Organisation der Freizeitvertretung für die Betreuerin durch die Agentur (mindestens 7 Std.) Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>	
Freizeitvertretung für die Betreuerin	Name: _____ Tel.: _____

Anforderungen an die Betreuerin	
Pflegehilfskraft mit Erfahrung	egal <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Alter	egal <input type="radio"/> von <input type="radio"/> bis <input type="radio"/>
Führerschein	egal <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Nichtraucher	egal <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Sonstiges	
Andere Aufgabenbereiche	
Einkaufen	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Kochen	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Putzen	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Waschen	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Bügeln	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Haustierpflege /in welchem Umfang/	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>

Wie haben Sie über uns erfahren? Zeitung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Flyer <input type="checkbox"/>
Empfehlung von ...

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der ausgefüllten Daten.

Datum _____ Ort _____ Unterschrift _____

Bitte, schicken Sie diesen Fragebogen an unsere E-Mail: info@handl-pflege24.at