

Erhebungsbogen

für die Organisation einer

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

**zur Erfassung des Zustandes der zu betreuenden Person /
dem 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 b	
<input type="radio"/> Pflegebedürftige Person selbst <input type="radio"/> Vertretung im Namen der pflegebedürftigen Person (z.B. Sachwalter, gesetzliche Vertretung, Vorsorgebevollmächtigter etc.) <input type="radio"/> Eine andere Person zugunsten der zu betreuenden Person (z.B. Angehörige, Vertrauensperson)	
Nachname	
Vorname	
Adresse	
PLZ/Ort	
Telefonnummer	
Mobil-Nr.	
E-Mail	
Verwandtschaftsverhältnis	
Staatsangehörigkeit	

Kontaktpersonen	Kontaktperson 1	Kontaktperson 2
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 Ú^!•[] :	
Geburtsdatum	
Sozialversicherungg!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 ...	
gefähig	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"/>
RaucherIn	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"/>
NichtraucherIn	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