

Hausarzt/Hausärztin:

Vorname		Nachname	
Straße			
PLZ		Ort	
Telefon		E-Mail	

Angaben zur betreuungsbedürftigen Person:

Größe (cm)		Gewicht (kg)	
Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Infektiöse Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
gefähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise, mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nein
Gehhilfe	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Krücken, Stock	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> keine
Heben notwendig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
↳ Wenn ja, wie oft pro Tag:			
bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
dement	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
labil, reizbar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
gewalttätig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
nachts ruhig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
↳ Wenn nein, wie oft aufzustehen:			
↳ Nachtpflege in welcher Form notwendig:			
inkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Benötigt fremde Hilfe beim...	<input type="checkbox"/> Zubettgehen	<input type="checkbox"/> Aufstehen	<input type="checkbox"/> Ankleiden <input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren
	<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> Aufsuchen der Toilette
Diät/Schonkost nötig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
↳ Wenn ja, welche:			
Sonstige gesundheitliche Einschränkungen:			
RaucherIn	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kommunikation	<input type="checkbox"/> gut möglich	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nicht gut möglich/unmöglich
Hobbies und Interessen			

Angaben zum Umfeld der betreuungsbedürftigen Person:

Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/> Haus	<input type="checkbox"/> Wohnung	
Lage	<input type="checkbox"/> Ortszentrum	<input type="checkbox"/> Ortsrand	<input type="checkbox"/> außerhalb
Entfernung Geschäfte			
Personen im Haushalt		davon betreuungsbedürftig	
Unterstützung durch die Familie vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
↳ Wenn ja, Unterstützung durch wen:			
Haustiere	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Unterbringung des/der PersonenbetreuerIn:

Eigenes Zimmer mit Bett und Kleiderschrank	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Getrenntes Bad	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Getrenntes WC	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fernseher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Internet/WLAN	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anforderungen an den/die PersonenbetreuerIn:

Alter	von	bis	Jahren	<input type="checkbox"/> egal
Erfahrung in der Pflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> egal	
Führerschein	<input type="checkbox"/> ja (+ 2,-/Tag)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> egal	
NichtraucherIn	<input type="checkbox"/> ja (+ 2,-/Tag)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> egal	
Sonstige Anforderungen:				

Aufgaben des/der PersonenbetreuerIn:

Pflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kochen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Putzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wäsche waschen/bügeln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haustierbetreuung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Aufgabenbereiche:		

Wie haben Sie von uns erfahren?

<input type="checkbox"/> Internet/Homepage	<input type="checkbox"/> Zeitung	<input type="checkbox"/> Flyer	<input type="checkbox"/> Krankenhaus/Entlassungsmanagement
<input type="checkbox"/> WKO	<input type="checkbox"/> Empfehlung		
↳ Wenn Empfehlung, von wem:			

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt, eine Weitergabe erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Daten.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Bitte senden Sie diesen Fragebogen an unsere E-Mail-Adresse info@handl-pflege24.at

Vielen Dank!

Wir freuen uns Sie unterstützen zu dürfen!