Erhebungsbogen

Handl-Pflege 24
St. Lorenz am Mondsee

Kontakt: Tel. 0660 / 8988001, e-Mail: info@handl-pflege24.at

Bei Ihnen zuhause: ☐ **24-Stunden-Betreuung** ☐ **stundenweise Betreuung**

Bei uns ☐ **Einzelzimmer** ☐ **Doppelzimmer** ☐ **Egal**

Der Erhebungsbogen dient der Erfassung des gesundheitlichen Zustandes und des Umfeldes der zu betreuenden Person sowie der Einschätzung des voraussichtlich benötigten Pflegebedarfes bzw. der voraussichtlich benötigten Unterstützung durch die Handl-Pflege 24 GmbH. **Bitte vollständig ausfüllen!**

Die pflegebedürftige Person:

Vorname		Nachname	
Straße		Haus-Nr.	Tür Nr.
PLZ		Ort	
Telefon		E-Mail	
SV-Nr.		Vers.-Träger	
Pflegestufe	1 Antrag auf Erhöhung gestellt? ☐ ja, wann:		☐ nein

AuftraggeberIn: ☐ Betreuungsbedürftige Person selbst

☐ Vertretung (Erwachsenenvertretung, Vorsorgevollmacht) → **bitte nachweisen!**

☐ Andere Person (z.B. Angehörige/r, Vertrauensperson, etc.)

Vorname		Nachname	
Straße		Haus-Nr.	Tür Nr.
PLZ		Ort	
Telefon		E-Mail	
Geb.-Datum		Verwandtschaftsverhältnis	

1. Kontaktperson:

Vorname		Nachname	
Straße		Haus-Nr.	Tür Nr.
PLZ		Ort	
Telefon		E-Mail	
Geb.-Datum		Verwandtschaftsverhältnis	

2. Kontaktperson:

Vorname		Nachname	
Straße		Haus-Nr.	Tür Nr.
PLZ		Ort	
Telefon		E-Mail	
Geb.-Datum		Verwandtschaftsverhältnis	

Beginn des Betreuungsverhältnisses:	**Ende:**	**Ende unbekannt:** ☐
Derzeit. Aufenthalt:		
Kontaktperson:	**Tel.**	

Hausarzt/Hausärztin:

Vorname		Nachname	
Straße		Haus-Nr.	Tür Nr.
PLZ		Ort	
Telefon		E-Mail	

Beschreibung des aktuellen Gesundheitszustandes der betreuungsbedürftigen Person:

Angaben zur betreuungsbedürftigen Person:

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

Den nachfolgenden Fragenbogen-Teil bitte nur ausfüllen, wenn eine Betreuung zuhause stattfindet. Ansonsten weiter zu Zustimmung und Unterschrift...

Angaben zum Umfeld der betreuungsbedürftigen Person:

Wohnverhältnisse	☐ Haus	☐ Wohnung		
Lage	☐ Ortszentrum	☐ Ortsrand	☐ außerhalb	
Entfernung Geschäfte				
Personen im Haushalt			davon betreuungsbedürftig	
Unterstützung durch die Familie vorhanden	☐ ja	☐ nein		
↳ Wenn ja, Unterstützung durch wen:				
Haustiere	☐ ja	☐ nein		

Unterbringung des/der PersonenbetreuerIn:

Eigenes Zimmer mit Bett und Kleiderschrank	☐ ja	☐ nein
Getrenntes Bad	☐ ja	☐ nein
Getrenntes WC	☐ ja	☐ nein
Fernseher	☐ ja	☐ nein
Internet/WLAN	☐ ja	☐ nein

Anforderungen an den/die PersonenbetreuerIn:

BetreuerIn	☐ Frau	☐ Mann	☐ egal
Erfahrung in der Pflege	☐ ja	☐ nein	☐ egal
Deutschkenntnisse*	☐ gut (+ 10,-/Tag)	☐ mittel	☐ wenig (- 5,-/Tag)
Führerschein*	☐ ja (+ 2,-/Tag)	☐ nein	☐ egal
NichtraucherIn*	☐ ja (+ 2,-/Tag)	☐ nein	☐ egal
Sonstige Anforderungen:			

* Siehe aktuelle Preisliste

Aufgaben des/der PersonenbetreuerIn:

Pflege	☐ ja	☐ nein	
Haushalt	☐ Kochen	☐ Putzen	☐ Wäsche waschen/bügeln
Haustierbetreuung	☐ ja	☐ nein	
Sonstige Aufgabenbereiche:			

Wie haben Sie von uns erfahren?

☐ Internet/Homepage	☐ Zeitung	☐ Flyer	☐ Krankenhaus/Entlassungsmanagement
☐ WKO	☐ 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!

Drucken Speichern