



FRAGEBOGEN ZUR RUNDUMBETREUUNG

KONTAKTPERSON

VORNAME:

NACHNAME:

STRASSE:

PLZ/ORT:

TELEFON:

MOBIL:

E-MAIL:

VERWANDSCHAFTSGRAD:

VORSORGEVOLLMACHT: JA NEIN

VERTRAGSPARTNER:

KONTAKTPERSON

ZU BETREUENDE PERSON

RECHNUNGSADRESSAT:

KONTAKTPERSON

ZU BETREUENDE PERSON

RECHNUNGSEMPFÄNGER:

KONTAKTPERSON

ZU BETREUENDE PERSON

BEGINN DER BETREUUNG:

ZU BETREUENDE PERSON

VORNAME:

NACHNAME:

GEB. DATUM:

GRÖSSE:

GEWICHT:

STRASSE:

PLZ/ORT:

TELEFON:

E-MAIL:

EIGENSCHAFTEN

CHARAKTER:

HOBBIES:

RAUCHER:



JA



NEIN



FRAGEBOGEN ZUR RUNDUMBETREUUNG

KRANKHEITEN

- HERZERKRANKUNGEN BLUTHOCHDRUCK SCHLAGANFALL LUNGENERKRANKUNGEN
 ASTHMA DARMERKRANKUNGEN KREBSERKRANKUNGEN PARKINSON
 DIABETES INSULINPFLICHT SCHWERHÖRIGKEIT HÖRGERÄT
 GERINGE SEHFÄHIGKEIT BRILLE ARTHROSE OSTEOPOROSE MULTIPLE SKLEROSE
 RHEUMA ALLERGIEN SONSTIGE:

PFLEGEGRAD: KEIN 1 2 3 4 5

BEHANDLUNGEN: KRANKENGYMNASTIK PHYSIOTHERAPIE

ANDERE:

GEISTIGER ZUSTAND

- KLAR VERWIRRT DESORIENTIERT DEMENZ ALZHEIMER
 DEPRESSIV AGGRESSIV

MOBILITÄT

- SELBSTSTÄNDIG MIT HILFE
HILFSMITTEL: STOCK GEHHILFE ROLLATOR ROLLSTUHL
 BETTLÄGERIG MUSS DIE PERSON ANGEHOBBEN WERDEN? JA NEIN

TRANSFER BETT-ROLLSTUHL

- SELBSTSTÄNDIG MIT HILFE HEBESITZ/-GURT LIFT
HILFSMITTEL: PFLEGEBETT DEKUBITUSMATRATZE



FRAGEBOGEN ZUR RUNDUMBETREUUNG

RAHMENBEDINGUNGEN

LAGE: STADT DORF LÄNDLICH

WOHNSITUATION: EINFAMILIENHAUS MEHRFAMILIENHAUS WOHNUNG

HAUSHALTSFLÄCHE CA.: QM GARTENFLÄCHE CA.: QM

ENTFERNUNG ZU EINKAUFSMÖGLICHKEITEN: KM

HAUSTIERE: KEINE

WENN JA, WELCHE:

SOLLEN DIE TIERE MITVERSORGT WERDEN? JA NEIN

WEITERE PERSONEN IM HAUSHALT: KEINE ANGEHÖRIGE VERWANDTE LEBENSPARTNER

SOLL AUCH FÜR DIE IM HAUSHALT LEBENDE PERSON/EN HAUSWIRTSCHAFTLICHE VERSORGUNG ÜBERNOMMEN WERDEN? NEIN WENN JA, WELCHE:

AUSSTATTUNG DES ZIMMERS FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT:

EIGENES ZIMMER SCHRANK TV RADIO INTERNET TELEFON EIGENES BAD

HAUSWIRTSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN DER BETREUUNGSKRAFT:

KOCHEN REINIGUNG WÄSCHE WASCHEN BÜGELN EINKAUFEN

AMBULANTER PFLEGEDIENST:

NEIN JA, FÜR GRUNDPFLEGE MEDIZINISCHE VERSORGUNG MEDIKAMENTENGABE

MAL TÄGLICH MAL WÖCHENTLICH

SOLL DER PFLEGEDIENST WEITERHIN KOMMEN? JA NEIN

HIERMIT VERSICHERE ICH, DASS DIE ZUVOR GEMachten ANGABEN VOLLSTÄNDIG UND RICHTIG SIND. DIESER FRAGEBOGEN WIRD IM FALLE EINES AUFTRAGES DER BESTANDTEIL DES SPÄTEREN DIENSLEISTUNGSVERTRAGES.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT