



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:



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 ANGEHOSEN WERDEN? JA NEIN

TRANSFER BETT-ROLLSTUHL

- SELBSTSTÄNDIG MIT HILFE HEBESITZ/-GURT LIFT
HILFSMITTEL: PFLEGE BETT DEKUBITUSMATRATZE



FRAGEBOGEN ZUR RUNDUMBETREUUNG

GRUNDPFLEGE DURCH DIE BETREUUNGSKRAFT

- ANKLEIDEN MUNDPFLEGE WASCHEN HAAREPFLEGE NAGELPFLEGE
- HAUTPFLEGE RASIEREN
- BADEN/DUSCHEN HILFSMITTEL: EINSTIEGSHILFE PFLEGEBAD WANNENSITZ
- TOILETTENGANG HILFSMITTEL: WINDELN STOMA TOILETTENSTUHL

ESSEN UND TRINKEN

- SELBSTSTÄNDIG MIT HILFE SCHLUCKPROBLEME PEG SONDE DIÄT

SCHLAF

- KEINE PROBLEME STÖRUNGEN BEKOMMT SCHLAFMITTEL

AUFSTEH ZEITEN:

ZU BETT GEHEN ZEITEN:

MITTAGSSCHLAF: JA NEIN

STEHT DIE PERSON NACHTS AUF: JA NEIN

ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUUNGSKRAFT

FÜHRERSCHEIN: JA NEIN EGAL

NICHTRAUCHER: JA NEIN EGAL

GESCHLECHT: MÄNNLICH WEIBLICH EGAL

DEUTSCHKENNTNISSE: A1 GRUNDKENNTNISSE A2 KOMMUNIKATIV B1 GUT B2 SEHR GUT

WEITERE WÜNSCHE:



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