



FRAGEBOGEN

1. Angaben vom Auftraggeber:

Name	
Adresse	
Handynummer	
E-Mail	

2. Angaben des Patienten und Leistungsort:

Name	
Adresse	
Handynummer	
Alter	
Pflegegrad	
Größe	
Gewicht	

3. Krankheiten:

<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Katheter
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Dekubitus
<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Nach Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Transfer
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Geistig behindert
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Höreinschränkungen	<input type="checkbox"/> Nach Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Sehbehinderungen	<input type="checkbox"/> Schwächung
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Spracheinschränkungen	<input type="checkbox"/> Durchfälle



4. Mobilität:

- Mobil
- Rollator
- Rollstuhl
- Bettlägerig

5. Braucht der Patient/ die Patientin Hilfe bei:

	macht alleine	braucht Unterstützung	komplett hilfsbedürftig
GEHEN			
AN-AUSKLEIDEN			
TOILETTE			
DUSCHEN/ BADEN			
ESSEN			

6. Verfügbare Hilfsmittel:

<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Gehstock
<input type="checkbox"/> Patientenlift
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl

7. Wohnbedingungen:

A) Wohnt der Patient/ die Patientin alleine? ja nein

Mit wem?

B) Einfamilienhaus Wohnung

C) Zimmerausstattung der Betreuungskraft:

D) Eigenes Bad für die Betreuungskraft: ja nein

E) Haustiere:

F) Pflegedienst:

G) Einkaufsmöglichkeiten: