

Ihre Kontaktdaten

Anrede: ☐ Frau ☐ Herr

Name:

Vorname:

Telefon:

E-Mail:

Verwandtschaftsgrad:

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Anrede: ☐ Frau ☐ Herr

Name:

Vorname:

Straße, HausNr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Geburtsdatum: Größe: Gewicht:

Pflegegrad ☐ keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ beantragter Pflegegrad:

Pflegedienst

Wird ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen?

☐ nein ☐ wöchentlich ☐ mehrmals die Woche ☐ täglich

☐ mehrmals täglich

Wenn ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen wird, welche Aufgaben soll er weiterhin übernehmen?

Angaben zum Pflegebedarf

Diagnosen

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Alzheimer | ☐ Bluthochdruck | ☐ künstlicher Darmausgang |
| ☐ Demenz | ☐ Herzinsuffizienz | ☐ Osteoporose |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Asthma | ☐ Dekubitus (Druckgeschwür) |
| ☐ Dauerkatheter | ☐ Allergien | ☐ Depressionen |
| ☐ MS-Patient | ☐ Rheuma | ☐ Altersschwäche |
| ☐ Diabetes | ☐ Stoma | ☐ Angstzustände |
| ☐ Parkinson | ☐ Herzinfarkt | ☐ starke Unruhe |
| ☐ Tumor | ☐ niedriger Blutdruck | ☐ |

Kommunikationsfähigkeit

Sehen

- ☐ nicht eingeschränkt ☐ eingeschränkt ☐ stark eingeschränkt ☐ blind
- ☐ Hilfsmittel

Hören

- ☐ nicht eingeschränkt ☐ eingeschränkt ☐ stark eingeschränkt ☐ gehörlos
- ☐ Hilfsmittel

Sprechen

- ☐ nicht eingeschränkt ☐ eingeschränkt ☐ stark eingeschränkt ☐ verstummt

Geistiger Zustand

- ☐ klar ☐ Alter entsprechend / vergesslich ☐ verwirrt ☐ teilnahmelos
- ☐ geistige Behinderung ☐ apathisch ☐ depressiv ☐ aggressiv

Mobilität

- ☐ läuft alleine ☐ mit Unterstützung ☐ muss angehoben werden ☐ bettlägerig

vorhandene Hilfsmittel:

- ☐ Gehhilfe/Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Lifter ☐ Wannenlifter ☐ Unterarmgehstützen
- ☐ Hebegurt/-sitz ☐ Pflegebett ☐ Pflegestuhl ☐ sonstige Hilfsmittel

Beschreibung der Wohnsituation

Wohnlage: ☐ Stadt ☐ Kleinstadt ☐ Dorf

Wohnsituation: ☐ Einfamilienhaus ☐ Wohnung

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar

☐ ca. 10 Min. ☐ ca. 20 Min. ☐ ca. 30 Min

Zimmerausstattung für Betreuungskraft

☐ Eigene Wohnung ☐ Eigenes Zimmer

☐ Internetzugang ☐ Fernseher ☐ Radio

☐ Eigenes Bad ☐ Bett ☐ Schrank

Weitere im Haushalt lebende Personen (ohne Betreuung)

☐ ja ☐ nein

Falls ja:

Ist die zweite Person auch hilfsbedürftig? ☐ ja ☐ nein

Beziehung zu der im Haushalt lebenden Person (z.B. Ehepartner):

Falls die zusätzliche Person auch Pflege benötigt, bitte eine separate Bedarfsanalyse ausfüllen!

Aufgaben im Haushalt

☐ Einkaufen ☐ Kochen

☐ Putzen ☐ Waschen

☐ Bügeln ☐ Blumenpflege

☐ Haustierversorgung: Wenn ja, welche

Anforderungen zur Betreuungskraft

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ egal

Alter: ☐ egal ☐ bis 50 Jahre ☐ älter als 50 Jahre

Führerschein: ☐ egal ☐ ja, mit Fahrpraxis

Nichtraucher: ☐ egal ☐ wichtig ☐ Rauchen nur außerhalb der Wohnräume

Deutschkenntnisse:

- ☐ **Basis** (Grundkenntnisse: verstehen mit Schwierigkeiten, Sprechen kaum)
- ☐ **Standard** (Kommunikativ: verstehen gut, Sprechen mit Schwierigkeiten)
- ☐ **Premium** (Gut: einfache Unterhaltung ist möglich)

Einsatzdauer

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes:

Haben Sie noch Fragen oder Anregungen?

Wie kann ich Sie am besten erreichen? ☐ E-Mail ☐ Telefon

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

- | | |
|---|--|
| ☐ Internet | ☐ Arzt |
| ☐ Apotheke | ☐ Krankenhaus |
| ☐ Freunde/Bekannte | ☐ Sonstiges |

Das Ausfüllen des Anamnesebogens ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keiner Zahlung. Ihre Angaben dienen ausschließlich dazu, Ihnen ein geeignetes Angebot zu erstellen. Wir halten uns an die gesetzlichen Datenschutzverordnungen und nutzen Ihre Daten nur für Zwecke der Angebotsanfrage.