

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

altdaheim UG
Klosterbergenstrasse 10
21465 Reinbek

Fax:
040 - 781 023 - 49

Geplanter Betreuungsbeginn:

schnellstmöglich in 1-2 Wochen zum Wunschtermin: _____

Hauswirtschaftlicher Bedarf:

kochen einkaufen Wäsche waschen sauber machen

Führerschein erforderlich: ja nein

Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Anzahl der pflegebedürftigen Personen: 1 2

weitere im Haushalt lebende Personen: Ehegatte Kind/er

andere: _____

Person 1:

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Persönliche Betreuungsleistungen:

waschen Hilfe bei Toilettengang Duschen Intimpflege

Hilfe bei der Nahrungsaufnahme Spaziergänge Arztbegleitung

Nächtlicher Einsatz:

nein nicht in jeder Nacht ein Mal 1 – 2 Mal mehr als 2 Mal

(Fortsetzung: Person 1)

Weitere Anforderungen und Wünsche der betreuten Person:

Gewohnheiten/Hobbys der betreuten Person:

Pflegestufe:

keine wird beantragt Pflegestufe: 0 1 2 3

Demenz:

keine beginnend/leicht fortgeschritten mit aggressivem Verhalten

Krankheiten:

Alzheimer Parkinson Schlaganfall Hörprobleme Lähmungen
 Sprechstörung Krebserkrankung Bettlägerigkeit Pampers/Windel
 Dauer-Katheter Sondenernährung benötigt Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

andere Krankheiten:

ggf. Ergänzungen zu den vorgenannten Angaben:

Benötigte Hilfsmittel:

keine Rollator Toilettenstuhl Badewannenlift Rollstuhl

Die betreute Person kann beim Transfer in und aus dem Rollstuhl mitwirken: ja nein

Person 2:

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Persönliche Betreuungsleistungen:

- waschen Hilfe bei Toilettengang Duschen Intimpflege
 Hilfe bei der Nahrungsaufnahme Spaziergänge Arztbegleitung

Nächtlicher Einsatz:

- nein nicht in jeder Nacht ein Mal 1 – 2 Mal mehr als 2 Mal

Weitere Anforderungen und Wünsche der betreuten Person:

Gewohnheiten/Hobbys der betreuten Person:

Pflegestufe:

- keine wird beantragt Pflegestufe: 0 1 2 3

Demenz:

- keine beginnend/leicht fortgeschritten mit aggressivem Verhalten

Krankheiten:

- Alzheimer Parkinson Schlaganfall Hörprobleme Lähmungen
 Sprechstörung Krebserkrankung Bettlägerigkeit Pampers/Windel
 Dauer-Katheter Sondenernährung benötigt Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

andere Krankheiten:

ggf. Ergänzungen zu den vorgenannten Angaben:

(Fortsetzung: Person 2)

Benötigte Hilfsmittel:

keine Rollator Toilettenstuhl Badewannenlift Rollstuhl

Die betreute Person kann beim Transfer in und aus dem Rollstuhl mitwirken: ja nein

Angaben zur Betreuungssituation vor Ort

PLZ: _____ Ort: _____

Ambulanter Pflegedienst besteht schon:

ja ja, soll/muss beibehalten werden nein

Wohnverhältnis: Reihenhaus Doppelhaus Etagenwohnung Einzelhaus

Wohnmöglichkeit der Betreuungskraft: eigenes Zimmer Einliegerwohnung

WLAN/Internet vorhanden TV Anschluss

mit zu versorgende Haustiere:

(Anzahl; welche)

Angaben zur Betreuungskraft

Geschlecht: weiblich männlich egal

Deutschkenntnis: mittel (Empfehlung) gut gering egal

Rauchgewohnheit: unwichtig wird nur außerhalb der Wohnung toleriert
 wird gar nicht toleriert

Alter: unwichtig bis 45 Jahre

Ihre Kontaktdaten

Anrede: Frau Herr

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon Büro: _____

Mobil: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Wie möchten Sie Ihr Angebot erhalten?

Per: E-Mail Post Fax Telefon

Wann können wir Sie für eventuell notwendige Rückfragen am besten erreichen?

vormittags nachmittags abends immer

Wie sind Sie auf altdaheim aufmerksam geworden?

Internet Empfehlung Arzt Pflegedienst/Therapeut Krankenhaus
 sonstige: _____

Haben Sie noch weitere Fragen?

Die uns in diesem Fragebogen anvertrauten Informationen werden von uns streng vertraulich behandelt und selbstverständlich nicht an Dritte übermittelt.

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen! Ihr Team von altdaheim