

# FRAGEBOGEN

## Pflege zu Hause



www.grand-care.de

### Ansprechpartner Auftraggeber

Nachname

Vorname

Straße, PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

Handy

Angehöriger

Gesetzlicher Betreuer

Sonstige Person

### Angaben zu Pflegeperson/en

Straße, PLZ, Ort

#### Person 1

Nachname

Vorname

Geb. Datum

Körpergröße

Gewicht

Krankenkasse

Vers. Nummer

Pflegegrad

Medikamentengabe

nein    morgens    mittags    abends

#### Person 2

Nachname

Vorname

Geb. Datum

Körpergröße

Gewicht

Krankenkasse

Vers. Nummer

Pflegegrad

Medikamentengabe

nein    morgens    mittags    abends

### Diagnosen zu Pflegeperson/en

Diagnosen

Person 1

Person 2

Altersbedingte Gehschwäche

Bluthochdruck

Schlaganfall

Herzinfarkt

Beginnende Demenz

Volle Demenz

Tumor

rechts

links

rechts

links

<b>Diagnosen</b>	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>
Parkinson		
Atemerkrankung/Asthma		
Rheuma		
Diabetes Medikamente		
Diabetes Insulinpflichtig		
Sonstige Erkrankungen		

### Geistiger Zustand der Pflegeperson/en

<b>Beschreibung</b>	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>
Klar orientiert		
Verwirrt		
Depressiv		
Aggressiv		
Wahnvorstellungen		
Leicht Dement		
Voll Dement		

### Mobilität

<b>Beschreibung</b>	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>
Selbstständig		
mit Unterstützung		
Bettlägerig		
Sturzgefährdet		
Weglaufgefährdet		

<b>Transfer Bett/Rollstuhl</b>	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>
Selbstständig		
mit Hilfe		
volle Unterstützung		

<b>Hilfsmittel kommen zur Anwendung</b>	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>
Rollator/Gehwagen		
Rollstuhl		
Pflegebett		
Wannenlift		
Hebelift		
Toilettenstuhl		
Sonstige Hilfsmittel		

### **Körperpflege**

<b>Beschreibung</b>	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>
Selbstständig		
mit Unterstützung		
volle Unterstützung		

### **An und Auskleiden**

<b>Beschreibung</b>	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>
Selbstständig		
mit Unterstützung		
volle Unterstützung		

## Toilettengang

Beschreibung	Person 1	Person 2
Selbstständig		
mit Unterstützung		
volle Unterstützung		
Teilinkontinenz		
Vollinkontinenz		
Windeln/ Windelhose		
Katheter		
Stoma		

## Essen und Trinken

Beschreibung	Person 1	Person 2
Selbstständig		
mit Unterstützung		
volle Unterstützung		
Schluckstörung		
PEG / Magensonde		

## Schlafen

Ein- und Durchschlafen	Person 1	Person 2
Bekommt Schlafmittel		
Schlaf-Wach-Rhythmus gestört		

Aufstehen in der Nacht	Person 1	Person 2
Nein		
1 mal		
2-3 mal		
Mehr als 3 mal		

## Wesen und Charakterbeschreibung der Pflegeperson/en

### Beschreibung

Angaben zur Person,  
kurze Beschreibung

Person 1

Person 2

## Haushaltsversorgung

Kochen

Reinigung

Wäsche waschen

Bügeln

Einkaufen

Sonstige Information

### Personenanzahl im Haushalt

Person/en

### Wer wohnt mit im Haushalt?

Angehörige

Verwandte

Lebenspartner

### Sollen auch für die im Haushalt lebende/n Person/en hauswirtschaftliche Versorgung übernommen werden?

nein

ja wenn ja, welche

### Besuch kommt

täglich

wöchentlich

monatlich

### Sollen Tiere mit versorgt werden?

nein

ja wenn ja, welche

## Wohnsituation

### Lage

Großstadt

Kleinstadt

ländlich

### Immobilien-Art

Villa

Einfamilienhaus

Mehrfamilienhaus

Wohnung (Etage):

### Lift

ja

nein

### weitere Beschreibung

### Unterbringung Betreuungskraft

Eigene Wohneinheit

eigenes Zimmer

Internetanschluss

Eigenes Bad

Fernseher

### Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß)

ca. 10 Min.

ca. 20 Min.

ca. 40 Min.

länger

## Ambulanter Pflegedienst

Beschreibung	Person 1		Person 2	
Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst?	ja	nein	ja	nein
Wie oft (bitte Anzahl eintragen)	mal täglich		mal täglich	
	mal wöchentlich		mal wöchentlich	
Was macht der Pflegedienst	Person 1		Person 2	
Medikamentengabe?				
Pflegeleistung?				
Soll der Pflegedienst auch weiterhin kommen?	ja	nein	ja	nein

## Arbeitsbedingungen/Freizeit

**Tägliche Freizeit**                      Stunden (3 Stunden täglich muss gewährleistet sein)

**Zusätzlich muss Frei gegeben werden**                      1Tag pro Woche      oder      2 halbe Tage pro Woche

Weitere Beschreibung

## Anforderungen an das Pflegepersonal

<b>Geschlecht</b>	Frau	Mann	egal
<b>Alter</b>	bis 30	bis 40	über 40
<b>Sprachkenntnisse</b>	gut	mittel	ausreichend
<b>Führerschein</b>	ja	nein	
<b>Raucher</b>	ja	nein	egal

## Sonstige Angaben oder Fragen, die Sie geklärt haben möchten:

### Wie sind sie auf Grand-Care aufmerksam geworden?

Internet

Broschüre

Weiterempfehlung

Krankenhaus

Sonstiges

---

## WIE GEHT ES WEITER?



**SCHRITT 1:** Fragebogen ausgefüllt speichern oder ausdrucken.



**SCHRITT 2:** Fragebogen per E-Mail ([info@grand-care.de](mailto:info@grand-care.de)) oder Fax: (+49) **069 - 66 81 81 13** absenden.



**SCHRITT 3:** Wir bearbeiten Ihren Fragebogen und melden uns bei Ihnen.