

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

altdaheim UG
Am Uhlenbrock 24a
33378 Rheda- Wiedenbrück

Fon: 0521 – 56 09 50 50 Fax:
0521 – 56 09 5051



...und das Glück zieht ein!

ANGABEN ZUR BETREUUNGSSITUATION

Geplanter Betreuungsbeginn

schnellstmöglich in 1 -2 Wochen Wunschtermin: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Anzahl der pflegebedürftigen Personen?

1 2

Leben weitere Personen im Haushalt?

Ehepartner Kind/er andere

Hauswirtschaftlicher Bedarf: kochen einkaufen Wäsche waschen saubermachen

ANGABEN ZUR ZU BETREUENDEN PERSON 1:

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: _____ Jahre Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Pflegegrad: keiner wird beantragt 0 1 2 3 4 5

Persönliche Betreuungsleistungen:

waschen Hilfe bei Toilettengang duschen Intimpflege
 Hilfe bei der Nahrungsaufnahme Spaziergänge Arztbesuch

Weitere Anforderungen und Wünsche der zu betreuenden Person:

Nächtlicher Einsatz:

nein nicht in jeder Nacht
 einmal 1-2 mal mehr als zweimal

Angaben zur Demenz:

Person ist nicht dement beginnend/leicht
 fortgeschritten mit aggressivem Verhalten

Bestehende Krankheiten:

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

- Benötigte Hilfsmittel:** keine Rollator Toilettenstuhl
 Badewannenlift Rollstuhl

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

ANGABEN ZUR ZU BETREUENDEN PERSON 2: (nur ausfüllen falls erfordert)

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: Jahre **Gewicht:** kg **Größe:** cm

Pflegegrad: keine wird beantragt 0 1 2 3 4 5

Persönliche Betreuungsleistungen:

- waschen Hilfe bei Toilettengang duschen Intimpflege
 Hilfe bei der Nahrungsaufnahme Spaziergänge Arztbesuch

Weitere Anforderungen und Wünsche der zu betreuenden Person:

- Nächtlicher Einsatz:** nein nicht in jeder Nacht
 einmal 1 – 2 mal mehr als zweimal

- Angaben zur Demenz:** Person ist nicht dement beginnend/leicht
 fortgeschritten mit aggressivem Verhalten

Bestehende Krankheiten:

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

- 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:

Kommt ein Ambulanter Pflegedienst?

- ja ja, und soll oder muss beibehalten werden nein

Wohnmöglichkeit der Betreuungskraft:

- eigenes Zimmer Einliegerwohnung

Multimedia:

- Wlan/ Internet TV Anschluss

Gibt es mitzuversorgende Haustiere?

- nein ja:

ANGABEN ZUR BETREUUNGSKRAFT:

Geschlecht:

- weiblich männlich egal

Deutschkenntnisse:

- mittel (Empfehlung) gut gering egal

Alter:

- unwichtig bis 45 Jahre

Rauchgewohnheit:

- unwichtig nur außerhalb der Wohnung toleriert
 wird gar nicht toleriert

Ist ein Führerschein erforderlich?

- ja nein

IHRE KONTAKTDATEN:

Vorname:

Nachname:

Email-Adresse:

Telefonnummer: Fax:

Straße:

Postleitzahl und Stadt:

Wie wollen Sie ihr Angebot erhalten? Email Post Telefon Fax

Wann können wir Sie erreichen?:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet Post Telefon Empfehlung Arzt Krankenhaus Pflegedienst
 sonstiges:

Datenschutz ist uns wichtig! Bitte beachten Sie, dass Sie mit absenden unseres Fragebogen mit unseren Datenschutzbestimmungen einverstanden sind. (www.altdaheim.de/datenschutz)



Danke für ihr Vertrauen,
ihr Team von altdaheim

