



Gewünschter Beginn der Betreuung:

1. Allgemeine Angaben

Name:

Vorname:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

Tel:

Mobil:

eMail:

2. Angaben zum Leistungsempfänger (Hilfebedürftige Person)

Name:

Vorname:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

Tel:

Mobil:

Verhältnis zwischen Kontaktperson und Hilfebedürftigen:

Elternteil:

Ehepartner:

Kind:

Freund/Freundin:

Enkel:

gesetzlicher Vertreter:

sonstige:



Wohnt die hilfebedürftige Person alleine: Ja Nein

falls nein, wie viele Personen gehören zum Haushalt?

Sollen die restlichen Mitglieder des Haushalts versorgt werden (z.B. Kochen, Wäsche etc.)

Ja Nein falls ja, welche Leistungen sollen erbracht werden?

Art des Haushalts: Wohnung Haus Fläche in m² (ca.)

Größe in cm: Gewicht in kg: Alter:

Beinträchtigungen:

Alzheimer Depression Diabetes

Dekubitus Demenz Parkinson

Rheuma Hypertonie Osteoporose

Katheter Schlaganfall PEG-Sonde

Lähmung Asthma Herzinsuffizienz

Inkontinenz Stoma Multiple Sklerose

Bettlägerig Allergien Sonstiges

Sonstiges:



Pflegestufe:

keine 1 2 3

Pflegegrad (Neu seit 2017):

keine 1 2 3 4 5

Beantragte Pflegestufe bzw. Pflegegrad:

1 2 3 4 5

Ambulanter Pflegedienst:

Wird die hilfebedürftige Person von einem Pflegedienst betreut?

Ja Nein

Wenn ja, wie oft wird der Pflegedienst in Anspruch genommen und welche Aufgaben werden übernommen:

Einschränkungen:

Kommunikation:

Sprache: keine mäßige massive Probleme

Hören: keine mäßige massive Probleme

Sehen: keine mäßige massive Probleme



Motorische Einschränkungen:

Bewegung: keine braucht Unterstützung Rollstuhl
bettlägerig

Transfer Bett/Rollstuhl:

selbstständig mit Unterstützung nicht möglich
mit Lift

Duschen/Baden:

selbstständig mit Unterstützung komplett hilfebedürftig

An- und Auskleiden:

selbstständig mit Unterstützung komplett hilfebedürftig

Hilfsmittel: Pflegebett Lift Rollator Gehstützen

Inkontinenz:

Urinkontrolle: kontinent teilweise inkontinent inkontinent

Stuhlkontrolle: kontinent teilweise inkontinent inkontinent

Hilfsmittel: Windel (suprapubischer)Katheter Bettunterlagen

Urinpfanne



Körperpflege:

Gesichtspflege: selbstständig teilweise selbstständig komplette Unterstützung

Mundhygiene: selbstständig teilweise selbstständig komplette Unterstützung

Oberkörper: selbstständig teilweise selbstständig komplette Unterstützung

Unterkörper: selbstständig teilweise selbstständig komplette Unterstützung

Intimpflege: selbstständig teilweise selbstständig komplette Unterstützung

Haarpflege: selbstständig teilweise selbstständig komplette Unterstützung

Rasieren: selbstständig teilweise selbstständig komplette Unterstützung

Nahrungsaufnahme:

Nahrungsunverträglichkeit: Ja Nein

wenn ja, welche:

Essen: selbstständig teilweise selbstständig komplette Unterstützung

Trinken: selbstständig teilweise selbstständig komplette Unterstützung

Schlafverhältnis:

Probleme beim Einschlafen: Ja Nein

Bekommt Schlafmittel: Ja Nein

Schläft die Nacht durch: Ja Nein

wenn nein, wie oft wird die hilfebedürftige Person wach?

Einmal ein bis zweimal drei und mehr

eMail:
Kontakt@Stawinski-Pflegevermittlung.de

Post:
Stawinski-Pflegevermittlung
Ittenstraße 13
22115 Hamburg

Fax:
040 / 35 77 91 89



Ansteckende Krankheiten:

Leidet die Person an einer ansteckenden Krankheit oder an Keimen(z.b. MRSA)?

Ja Nein

wenn ja, an welcher Krankheit oder an welchen Keimen?

Bitte beschreiben Sie die hilfebedürftige Person kurz (Charakter,Wesen)

Gewünschte Betreuungskraft

Wie sollte Ihre gewünschte Betreuungskraft sein?

Geschlecht:

keine Präferenz weiblich männlich

Alter:

keine Präferenz 20-30 Jahre 30-40 Jahre 40-50 Jahre
50 +

Sprachkenntnisse:

geringe mittlere gute sehr gute

eMail:
Kontakt@Stawinski-Pflegevermittlung.de

Post:
Stawinski-Pflegevermittlung
Ittenstraße 13
22115 Hamburg

Fax:
040 / 35 77 91 89



Führerschein:

keine Präferenz ja, mit Fahrpraxis

RaucherIn:

keine Präferenz (geraucht wird ausschließlich draußen)

Ja Raucherhaushalt? Nein

Angaben zur Tätigkeiten der Betreuungskraft:

An- und Auskleiden Duschen/Waschen des Patienten Windel wechseln

Kochen Nahrung verabreichen Wäsche waschen Bügeln

Einkaufen Reinigung der Wohnung Spazieren Freizeitgestaltung

sonstiges:

Der Betreuungskraft steht kostenlos zur Verfügung:

Ein separates Zimmer (Rückzugsort)

Der uneingeschränkte Zugang zum Badezimmer

Ein Internetzugang Ein TV-Gerät

Welche Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft:

Unterschrift:

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich die in dem Bedarfsfragebogen gemachte Angaben mit bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ich erkläre mich einverstanden, dass die Stawinski-Pflegevermittlung diesen Fragebogen an seine Partneragenturen zur Angebotseinholung übermitteln darf. Die Daten werden vertraulich behandelt. Ich akzeptiere die Datenschutzbestimmungen.

Datum, Unterschrift (Name und Vorname)