



I Allgemeine Angaben

<u>Kontraktperson</u>	
Name der Kontraktperson	
Vorname der Kontraktperson	
Geburtsdatum	
Adresse	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	
Postfach	
Telefonnummer mit Vorwahl (Privat)	
Telefonnummer mit Vorwahl (Büro)	
Telefonnummer (Mobil)	
E-mail	
M Zwischen dem Patienten und der Kontraktperson	
<u>Patienten</u>	
Name des Patienten	
Vorname des Patienten	
Geburtsdatum	
Geschlecht des Patienten	
Adresse	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	
Postfach	
Telefonnummer mit Vorwahl (Privat)	
Telefonnummer (Mobil)	
Gewicht, Größe	
Wohnt der Patient alleine?	



1. Diagnosen:

Altersbedingte Gehschwäche						
				Dekubitus		Depression
				Osteoporose		Parkinson
				Rheuma		Alzheimer
				Stoma		Demenz
				Asthma		Allergien
				Inkontinenz		Tumor

2. Pflegestute:

Keine	Falls ja, welche:	Beantragt:

3. Pflegedienst:

Erfolgt z. Zt. Eine Versorgung durch einen Pflegedienst: a) ja b) nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:.....

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden: a) ja b) nein

4. Probleme in der Kommunikation:

	Keine	mäßige	massive Probleme
Sprache			
Hörvermögen			
Sehkraft			
	ja	nein	
Hilfsmittel			
Hörgerät			
Brille			

5. Orientierung:

	ja	zeitweise	massive Probleme
Zeitlich			
Örtlich			
Persönlich			



6. Bewegung:

selbstständig	mit Unterstützung	überwiegend im Rollstuhl	bettlägerig

7. Treppensteigen:

selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

8. Transfer Bett/Rollstuhl

selbstständig	hilft mit	Komplett hilfsbedürftig	Pflegebett
Dekubitusmatratze	Lift	Bettlägerig/kein Transfer	Rollstuhl

9. Baden/Duschen:

selbstständig Braucht Hilfe Vollständig hilfsbedürftig

10. Körperpflege:

	selbstständig	teilweise selbstständig	Unter Anleitung	Vollständig Unterstützung
Gesicht				
Mundpflege/Zahnprothese				
Oberkörper				
Gesäß/Beine				
Intimpflege				
Haare kämmen/waschen				
Rasieren				
Handpflege				
Fußpflege				



11. Urinkontrolle:

kontinent		Teilweise inkontinent (z B. nachts)		inkontinent		Windeln	
Katheter		Suprapubischer Katheter		Vorlagen		Urinflasche	

12. Stuhlkontrolle:

kontinent		Teilweise inkontinent (z. B. nachts)		inkontinent	
-----------	--	--------------------------------------	--	-------------	--

13. An-/Auskleiden:

selbstständig hilfsbedürftig		Braucht Hilfe		vollständig	
---------------------------------	--	---------------	--	-------------	--

14. Essen/Trinken:

Selbstständig		braucht Hilfe z. B. beim Schneiden		vollständig	
---------------	--	------------------------------------	--	-------------	--

15. Kau-u. Schluckstörungen:

Keine		Störungen		PEG Sonde		Nahrungskarenz		Trinkkarenz	
-------	--	-----------	--	-----------	--	----------------	--	-------------	--

16. Diät:

Keine:

Falls, ja welche:

17. Ein - / Durchschlafen:

keine Probleme

sporadische Störungen

Schlaf-Wach-Rhythmus gestört



MedVital24

Pflege und Seniorenbetreuung 24 Std. Zu Hause

18. Wie oft steht der Patient jede Nacht auf:

1 mal

2 – 3 mal

mehr als 3 mal

Bekommt Schlafmittel:

ja

nein

19. Aktuelle Therapien:

Keine

Krankengymnastik

Logopädie

sonstige

II Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

1. Anforderungen an das Personal:

Geschlecht: Frau Mann irrelevant

Alter (in Jahren): 20-30 30-40 40-50 älter als 50 irrelevant

Sprachkenntnisse:

1 (sehr gut) 2 (gut) 3 (befriedigend) 4 (ausreichend) 5 (schwach)

Führerschein: ja, mit Fahrpraxis nein

2. Rahmenbedingungen:

Lage:

Großstadt – zentral Großstadt – abgelegen Kleinstadt Dorf ländlich

Wohnsituation: Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung sonstige

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

ca. 10 min. ca. 20 min. ca. 40 min. 1 Stunde länger als 1 Stunde



Ausstattung des Zimmers für den/die Mitarbeiter/in:

eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV Computer
Internetzugang

Bemerkungen:

3. Zusätzliche Voraussetzungen:

Haustiere: keine wenn ja, welche:.....

Sollen die Haustiere mitversorgt werden: ja nach Bedarf nein

Einkäufe/Kochen/Essensvorbereitung:

immer gelegentlich nein

Liebblingslebensmittel und – getränke:.....

Waschen: immer gelegentlich nein

Bügeln: immer gelegentlich nein

III Tagesstruktur

Begleitung bei Arztbesuchen: immer gelegentlich nein

Gibt es eine Haushaltshilfe: nein falls ja, wie oft kommt diese in der Woche



Morgens				
Vormittags				
Mittags				
Nachmittags				
Abends				
Nachts				
Baden/Duschen	taglich		1 Mal pro Woche	Zweimal die Woche
	Morgens	Abends		
Welche Hobbys hat der Patient?				
Sonstiges:				



Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt:

.....
.....

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift)