

Checkliste

Kontaktperson:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

am Besten erreichbar (Tageszeit): _____

Zu betreuende Person/en:

Allein stehend

Ehepaar

Name: _____

Vorname: _____

Alter: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Pflegestufe Person 1 0 1 2 3 Härtefall

Pflegestufe Person 2 0 1 2 3 Härtefall

Pflegeversicherung: privat

 gesetzlich

Krankheiten/ Diagnosen: _____

Allergien: _____

Gewicht: _____

Raucher: Ja Nein

Beliebte Beschäftigungen: _____

(z. B. geht gerne spazieren, liest gern, spielt gerne Gesellschaftsspiele

Besonderheiten im Umgang: _____

(fröhlich, schwierig, unzufrieden, ablehnend)

Einschränkungen: _____

(z. B. körperliche Behinderung, Lähmungen, schwerhörig, eingeschränkte Sehfunktion)

Kommunikation möglich? gut eingeschränkt nicht möglich

Sind Hilfsmittel vorhanden? Ja, _____
(z.B. Rollator, Rollstuhl, Unterarmgehstützen)
 Nein

	ohne Hilfe	mit Anleitung/ Teilhilfe	selbstständig nicht möglich	gar nicht möglich
Aufstehen/ Zu Bett gehen				
An- Auskleiden				
Nahrung aufnehmen				
Gehen/ Stehen				
Körperpflege				
Ausscheidung/ Toilettengang				

Bitte entsprechend ankreuzen

Ergänzungen: _____

(z. B. speziell Hilfe bei Treppensteigen)

Weitere Informationen:

Weitere Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst? Ja Nein

Wenn Ja,
Versorgung welcher Art? _____

Regelmäßige nächtliche Einsätze? Ja Nein

Wenn Ja,
welcher Art und wie häufig? _____
