

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Ausgefüllt bitte senden:

Per Post an:

Pflegehelden Franchise GmbH
 Fraunhoferstr. 3
 25524 Itzehoe

Per Fax an:

04821-408 22-33

1. Kontaktdaten

Kontaktperson:	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Name:	
Anschrift:	
PLZ und Ort:	
Tel:	
Fax:	
Email:	
Einsatzort:	

2. Anforderung an die Pflegehilfskraft

Gewünschtes Geschlecht:	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Gewünschtes Alter:	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> ab _____ Jahre bis _____ Jahre
Pflegeerfahrung:	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> wünschenswert
Führerschein:	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> erforderlich (Aufpreis)
Darf die Pflegehilfskraft rauchen:	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur draußen
Gewünschte Sprachkenntnisse:	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse (Note 4) <input type="checkbox"/> mittlere Kenntnisse (Note 3) <input type="checkbox"/> gute Kenntnisse (Note 2)
Sonstiges Anforderungen:	
Unterbringung der Pflegehilfskraft:	in _____ Zimmer(n) <input type="checkbox"/> getrenntes WC/Bad <input type="checkbox"/> TV steht zur Verfügung <input type="checkbox"/> Internetzugang möglich

3. Wohnverhältnisse

Betreuung findet statt in:	<input type="checkbox"/> einem Haus von _____qm <input type="checkbox"/> einer Wohnung von _____qm
Wie viele Personen sind hilfebedürftig:	_____ Person(en)
Wie viele Personen leben noch im Haushalt:	_____ Person(en)
Wer ist/sind die weiteren Personen:	
Benötigt diese Person Hilfe im Haushalt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Patient(en) Beschreibung der Situation vor Ort

	Patient 1	Patient 2
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Alter:		
Pflegestufe:		
Gewicht:		
Sind Nachtschichten notwendig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegedienst beauftragt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mobilität:	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Rollator gebunden <input type="checkbox"/> Rollstuhl geb. <input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Rollator gebunden <input type="checkbox"/> Rollstuhl geb. <input type="checkbox"/> bettlägerig
Krankheitsmerkmale:	<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Krebs
Zu verrichtende Tätigkeiten:		
morgens		
mittags		
abends		