



ul. Gajowa 4
 65-267 Zielona Góra
 Polska
 NIP PL 9291031842
 Regon 970624034
 e-mail: biuro@med-pol24.de
 tel. +48 68 453-16-36
 mob. +48 519 177 007

Erstellungsdatum:			
Auftraggeber / Kontaktperson		Patient 1	
Name		Name	
Vorname		Vorname	
Strasse		Strasse	
PLZ/Ort		PLZ/Ort	
Telefon / privat		Telefon / privat	
Telefon geschäftlich		Geburtsdatum	
Handy		Gewicht / Größe	
Fax		Krankenkasse	
E-Mail		Versicherungs Nr	
Verwandtschaftsgrad		Verheiratet	

Verwandtschaft		Patient 2 oder Ehepartner/in	
Name		Name	
Vorname		Vorname	
Strasse		Strasse	
PLZ/Ort		PLZ/Ort	
Geburtsdatum		Versorgung 2. Person?	
Telefon / privat		Informationen	
Telefon geschäftlich			
Handy			
Fax			
E-Mail			
Verwandtschaftsgrad			

Gesetzlicher Betreuer		Hausarzt	
Name		Name	
Vorname		Vorname	
Strasse		Strasse	

PLZ/Ort		PLZ/Ort	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Telefon / privat		Telefon / privat	
Telefon geschäftlich		Telefon geschäftlich	
Handy		Handy	
Fax		Fax	
E-Mail		E-Mail	

Diagnosen

	Ja/Nein		Ja/Nein
Altersbedingte Gehschwäche		beginnende Demenz	
Schlaganfall		volle Demenz	
Kreislaufkrankung		Alzheimer	
Herzinsuffizienz		Parkinson	
Bluthochdruck		Rheuma	
Herzinfarkt		Asthma	
Thrombose		Diabetes insulinpflichtig	
Dekubitus		Diabetes	
Osteoporose		Tumor	
Stoma		Depression	
Inkontinenz		niedriger Blutdruck	

Sonstige Krankheiten beschreiben:

Beginn der Versorgung:

Beginn:	
Dauer des Einsatzes:	

Pflegestufe: [1/2/3/Härtefall]	
Pflegestufe beantragt [welche, wann]	
Pflegedienst	
Erfolgt derzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst [ja/nein]	

Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden [ja/nein]	
---	--

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Wie oft:

Ambulanter Pflegedienst		Ansprechpartner	
Name		Telefon	
ORT/PLZ		Handy	
Strasse		Fax	

Pflegerische- / Betreuungsversorgung

Simmung:

Stimmung	Ja	Nein	Zeitweise
Normal			
Depressiv			
Aggressiv			
Wahnhaft			

Orientierung:

Orientierung	Ja	Nein	Zeitweise
Zeitlich			
örtlich			
zur Person			
zur Situation			

Sonstige Bemerkung:

Geistiger Zustand	
Klar	
Apatisch	
Teilnahmslos	
Leicht dement	
Dement	

	keine Einschränkung	geringe Einschränkung	starke Einschränkung
Sprache			
Hörvermögen			
Sehkraft			

Bewegung:

selbständig	
mit Unterstützung	
im Rollstuhl	
bettlägerig	
weglaufgefährdet	
sturzgefährdet	

Hilfsmittel:

Rollator	
Pflegestuhl	
Rollstuhl	
Lifter	
Hebelifter	
Wannenlifter	
Pflegebett	
Toilettenstuhl	
Dekubitusmatratze	

Sonstige Hilfsmittel:

Treppensteigen [selbständig/ mit Unterstützung/ nicht möglich]			
Transfer Bett/Rollstuhl [hilft mit/ volle Übernahme/ Bettlägerigkeit/ kein Transfer möglich]			

	selbständig	braucht Hilfe	volle Übernahme
Körperpflege			
An-/auskleiden			

Ausscheidung:

	kontinent	teilweise inkontinent	inkontinent
Urin			
Stuhl			

Essen und Trinken:

	Ja/Nein
selbständig	
braucht Hilfe	
volle Übernahme	
Essen herrichten	
Essen Mundgerecht herrichten / schneiden	
teilweise Essen und Getränke anreichen	

Kau/Schluckstörungen:

Schlafstörung:

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf oder benötigt Hilfe:

Wie ist der Patient von Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung):

Haushaltversorgung

Soll der Haushalt neben der Pflege / Betreuung mit übernommen werden?

Wenn ja:

	Ja/Nein
kochen	
Reinigung der Wohnung	
waschen	
bügeln	
einkaufen	
Fenster putzen	

Sonstiges:

Anforderungen und Rahmenbedingungen an das Personal Personalprofil:

Geschlecht	
Alter	
Körperform	
Sprachkenntnisse	
Führerschein	
Raucher	
Krankenschwester erforderlich	
Erfahrung Erforderlich mit [Demenz/Insulinspritzen]	

Weitere Beschreibung:

Wohnsituation [Villa/Einfamilienhaus/Mehrfamilienhaus]:

Wohnung (Etage):

Weitere Beschreibung:

Ausstattung des Zimmers:

	Ja/Nein
Eigene Wohneinheit	
eigenes Zimmer im Haus/ Wohnung	
Internetanschluss	
Eigenes Bad	
Bett	
Tisch	
Schrank	
Radio	
TV	

Bemerkungen:

Arbeitsbedingungen

Dauer (Stunden):

Nachteinsätze:

Freizeit

Stundenweise: Stunden täglich

Weitere Beschreibung:

Morgens:

Wann steht der Patient auf - Uhrzeit:

	Ja/Nein
Körperpflege:	

Frühstück zubereiten:	
Medikamenteneingabe:	

Vormittags:

Hauswirtschaftliche Versorgung (ja/nein):

Sonstige Beschreibung:

Mittags:

Mittagessen zubereiten:

Medikamenteneingabe:

Mittagsschlaf (von/bis):

Sonstige Beschreibung:

Nachmittags:

Sonstige Beschreibung:

Abends:

	Ja	Nein
Abendessen zubereiten:		
Medikamenteneingabe:		
Körperpflege:		

Kurze zusätzliche Beschreibung: