

Bitte senden Sie den ausgefüllten Erfassungsbogen

per Mail an [perkovic@medvital24.de](mailto:perkovic@medvital24.de)

per Post an **Dechant - Hess - Strasse 5, 41468 Neuss**

## Allgemeine Angaben der Kontaktperson

Name, Vorname:	
Adresse:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Telefonnummer (Mobil)	
Telefonnummer (Privat)	
Telefonnummer (Büro)	
E-Mail:	
Verwandtschaftsgrad:	

## Allgemeine Angaben des Patienten

Name, Vorname:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> WEIBLICH   <input type="checkbox"/> MÄNNLICH
Gewicht und Größe:	
Geburtsdatum:	
Familienstand:	
Personen im Haushalt:	
Pflegebedürftige Mitbewohner	
Adresse:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefonnummer (Mobil)	
Telefonnummer (Privat)	
E-Mail	

Wurde die zu betreuende Person bereits durch eine 24-Stunden-Kraft betreut?

<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> Kein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Beantragt		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## Diagnosen:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz   | <input type="checkbox"/> Alzheimer                  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (m. Insulin) | <input type="checkbox"/> Demenz              | <input type="checkbox"/> Alsterbedingte Gehschwäche |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus             | <input type="checkbox"/> Schlaganfall rechts | <input type="checkbox"/> Schlaganfall links         |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose           | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Astma                      |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Parkinson           | <input type="checkbox"/> Rheuma                     |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz      | <input type="checkbox"/> Tumore              | <input type="checkbox"/> Depression                 |
| <input type="checkbox"/> Stoma                 | <input type="checkbox"/> Hypertonie          | <input type="checkbox"/> Inkontinenz                |
| <input type="checkbox"/> Mult. Sklerose        | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt         |   |
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheit | Wenn ja, welche:                             |   |
| <input type="checkbox"/> Allergien             | Wenn ja, welche:                             |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:             |  |   |

## Ambulante Pflegedienste vor Ort

- Ist aktuell ein Pflegedienst beauftragt:  Ja  Nein
- Falls Ja, wie oft kommen Pfleger pro Tag:
- Wird Pflegedienst auch zukünftig genutzt?  Ja  Nein
- Welche Aufgaben verrichten die Pfleger:

## Orientierung

- |            |                             |                                   |   |
|------------|-----------------------------|-----------------------------------|---|
| Persönlich | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Temporär | <input type="checkbox"/> Sehr eingeschränkt |
| Örtlich    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Temporär | <input type="checkbox"/> Sehr eingeschränkt |
| Zeitlich   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Temporär | <input type="checkbox"/> Sehr eingeschränkt |

## Mobilität generell

- Selbständig  Leicht gehbehindert  Rollator  Rollstuhl  Bettlägerig

## Treppensteigen

- Selbständig  mit Unterstützung  nicht möglich

Mobilität – Bett/Rollstuhl/Bett	Vorhandene Hilfsmittel	Andere Hilfsmittel
<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Pflegebett	
<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Lift	
<input type="checkbox"/> Komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> Dekubitus-Matratze	
<input type="checkbox"/> Bettlägerig (kein Transfer)	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	
	<input type="checkbox"/> Rollator	

### Urinkontrolle

- kontinent
- teilweise inkontinent
- inkontinent

### Hilfsmittel

- Windeln
- Vorlagen
- Urinflasche
- Katheter
- Suprapubischer Katheter

### Stuhlkontrolle

- kontinent
- teilweise inkontinent
- inkontinent

### An-/Auskleiden

- selbständig   
  teilweise selbst.   
  mit Hilfe   
  komplett hilfsbedürftig

### Baden bzw. Duschen und Körperpflege

- |                |                                      |  |                                    |  |
|----------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| Baden/Duschen  | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> teilweise selbst. | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| Gesicht        | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> teilweise selbst. | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| Mundpflege     | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> teilweise selbst. | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| Oberkörper:    | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> teilweise selbst. | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| Gesäß / Beine: | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> teilweise selbst. | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| Intimpflege:   | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> teilweise selbst. | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| Haare waschen  | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> teilweise selbst. | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| Rasieren:      | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> teilweise selbst. | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| Handpflege:    | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> teilweise selbst. | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| Fußpflege:     | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> teilweise selbst. | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |

### Essen/Trinken

- selbständig   
  mit Hilfe   
  komplett hilfsbedürftig

### Kau-u. Schluckstörungen

- Keine   
  Störungen   
  PEG Sonde   
  Nahrungskarenz   
  Trinkkarenz

## Diät bzw. Speiseplan

Keine

Falls ja, was genau:

## Einschlafen und Durchschlafen

Problemlos

Sporadische Störungen

Schlaf-Wach-Rhythmus gestört

## Nachteinsätze

Wie häufig?

Keine

Sporadisch

Zu welchen Uhrzeiten?

Bitte beschreiben Sie die Charaktereigenschaften und das Wesen des Patienten

## Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

Profil des Personals

Männlich

Weiblich

Egal

## Sprachkenntnisse (Mehrfachnennungen erwünscht)

Sehr gut

Gut

Befriedigend

Ausreichend

Mangelhaft

keine Deutschkenntnisse

Budget:

EUR

## Haushalt und Wohnsituation

Ort

Großstadt

Kleinstadt

Dorf

Haus

Einfamilienh.

Mehrfamilienhaus

Wohnung

Wohnsituation der Betreuungskraft

Eigene Wohnung

Eigenes Zimmer

## Einkaufsmöglichkeiten vor Ort (zu Fuß erreichbar)

ca. 10 Min

ca. 20 Min

ca. 40 Min

ca. 60 Min

> 60 Min

## Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft

- |   |                                |                                   |   |  |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> eigenes Bad                        | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Tisch    | <input type="checkbox"/> Schrank        | <input type="checkbox"/> Internetzug. Beantragt* |
| <input type="checkbox"/> eigenes Bett                       | <input type="checkbox"/> TV    | <input type="checkbox"/> Computer | <input type="checkbox"/> Internetzugang |  |
| <input type="checkbox"/> Telefonflatrate nach Polen möglich |                                |                                   |   |  |
- \*Dringend empfohlen, falls noch nicht vorhanden!

**Rauchen gestattet?**     im Freien                       eher nicht                       Nein

## Haustiere:

Keine     Wenn ja, welche:

**Sollen diese Tiere mit versorgt werden?**     Ja     Nach Bedarf     Nein

- |   |                                |  |                              |
|---|--------------------------------|--|------------------------------|
| <b>Einkäufe/Kochen/Ess<br/>envorbereitung</b>         | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> gelegentlich          | <input type="checkbox"/> Nie |
| <b>Waschen/Bügeln</b>                                 | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> gelegentlich          | <input type="checkbox"/> Nie |
| <b>Begleitung bei Arzt-und<br/>Apothekenbesuchen:</b> | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> gelegentlich          | <input type="checkbox"/> Nie |
| <b>Gibt es eine Haushaltshilfe?</b>                   | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Wie oft in der Woche: |                              |

## Gewünschter Starttermin für die Betreuung

## Tagesstruktur

Morgens:

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

Unser Personalvorschlag bei gegebener Pflegesituation ist abhängig von der pflegerischen Erfahrung und den Deutschkenntnissen unserer Betreuungskräfte. Bitte geben Sie bei offenen Fragen Ihre Präferenz an:

- erufliche und pflegerische Erfahrung                       Deutschkenntnisse

## Wie sind Sie auf MedVital24 aufmerksam geworden?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familie/Bekannte | <input type="checkbox"/> Broschür        |
| <input type="checkbox"/> Internet         | <input type="checkbox"/> Fahrzeugwerbung |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus      | <input type="checkbox"/> Plakatwerbung   |
| <input type="checkbox"/> Pflegedienst     | <input type="checkbox"/> Postwurfsendung |

Sonstiges:

Wo sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Haben Sie bereits oder wünschen Sie einen bestimmten Ansprechpartner?

Haben Sie sonstige Fragen oder Anregungen?

**UNSERE EMPFEHLUNG:** Nutzen Sie die Möglichkeit sich vorzustellen, damit interessierte Betreuungskräfte sich ein positives Bild von Ihrer Situation machen können. Vielleicht haben Sie Fotos, z.B. von der zu betreuenden Person, von der Familie, vom Zimmer der Betreuungskraft oder von Sehenswürdigkeiten aus Ihrer Umgebung.

Ich habe die Datenschutzerklärung ([www.medvital24.de/datenschutzerklaerung/](http://www.medvital24.de/datenschutzerklaerung/)) zur Kenntnis genommen. Ich stimme zu, dass meine Angaben und Daten zur Bearbeitung meiner Anfrage elektronisch erhoben und gespeichert werden. Weiterhin versichere ich, dass die persönlichen Daten korrekt und vollständig sind. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung der Interessentenanfrage durch Betreuungswelt kontaktiert zu werden. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen. Der Widerspruch ist schriftlich an die Firma MedVital24 GmbH zu richten.

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

**Ihre Unterschrift führt zu keinem Auftrag.**

**Die Angebotserstellung ist für Sie unverbindlich und kostenfrei**

Ort, Datum

Unterschrift