



SILESIA

Pflege- und Betreuungsdienste GmbH

24- STUNDEN RUNDUM- BETREUUNG

INFORMATIONEN- UND BEDARFSFRAGEBOGEN

BETREUUNGSBEDÜRFTIGE PERSON

PERSÖNLICHE ANGABEN

Herr Frau

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Raucher/in: ja nein

Krankenkasse: _____

Krankenversichertennummer: _____

Familienstand: alleinstehend verheiratet verwitwet

INFORMATIONEN ZUM PFLEGEGRAD

Bestehender Pflegegrad: keiner Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

Antrag auf Pflegegrad wurde gestellt: ja nein

Höherstufungsantrag wurde gestellt: ja, wann: _____ nein

Werden bestehende Betreuungsleistungen über 125 € (§ 45 b SGB XI) in Anspruch genommen:

ja, was und wie oft: _____ nein

Umstellung von Pflegegeld auf Pflegesachleistungen: ja, ab wann/Datum: _____ nein

Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) beantragt: ja nein

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst tätig: ja nein

Wenn ja, welche Leistungen werden durch den Pflegedienst erbracht? _____

Soll der Pflegedienst auch weiter in Anspruch genommen werden? ja nein

WOHNVERHÄLTNISSE DER ZU BETREUENDEN PERSON

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung Anzahl Zimmer: _____ Fläche (m²): _____



SILESIA Pflege- und Betreuungsdienste GmbH | Werler Straße 333 | 59069 Hamm

Telefon: 0 23 81 / 877 300 | Telefax: 0 23 81 / 877 30 29

E-Mail: anfrage@silesia-pflege.de | www.silesia-pflege.de



WEITERE ANGABEN

Voraussichtlicher Beginn der Betreuung: _____

Leben weitere Personen im Haushalt? ja nein Wenn ja, wie viele? _____

Familiengrad _____ Ansprache: Herr Frau

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ist die Person ebenfalls zu betreuen? (wenn ja, bitte weiteren Fragebogen ausfüllen) ja nein

Sind Haustiere vorhanden: ja nein

ALLGEMEINER ZUSTAND

Kommunikation: uneingeschränkt eingeschränkt nicht möglich Sprachstörungen
 Schwerhörigkeit Sehschwäche

Orientierung: uneingeschränkt eingeschränkt zur Situation zur Person
 örtlich zeitlich

Geistiger Zustand: klar teilnahmslos apathisch verwirrt aggressiv

Die betreuungsbedürftige Person bewegt sich: selbständig und ohne Hilfsmittel mit Begleitung
 mit Gehhilfen mit Rollator Rollstuhl Pflegerollstuhl hat Bewegungseinschränkungen
 ist sturzgefährdet leidet unter Immobilität ist körperlich behindert liegt nur im Bett

Welche Hilfsmittel sind vorhanden? Rollator Rollstuhl Pflegerollstuhl Toilettenstuhl
 Badewannenlifter Patientenlifter Treppenlift Pflegebett

Weitere Hilfsmittel: _____

PFLEGERELEVANTE DIAGNOSEN

Diabetes: ja nein Alzheimer: ja nein

Herz-/Kreislaufschwäche: ja nein Geistige Behinderung: ja nein

Demenz: ja nein Rheuma: ja nein

Durchblutungsstörungen: ja nein Lungenerkrankung: ja nein

Parkinson: ja nein

Inkontinenz: ja nein Wenn ja: Harninkontinenz Stuhlinkontinenz

Schlaganfall: ja, wann? _____ nein

Krebsleiden: ja, welche Art? _____ nein

Dekubitus: ja, wo? _____ nein

Allergien: ja, welche? _____ nein

Sonstige Krankheiten: _____

Allgemeine Angaben: _____





SILESIA

Pflege- und Betreuungsdienste GmbH

ERWÜNSCHTE LEISTUNGEN

Haushaltsführung (Putzen, Waschen, Bügeln): ja nein

Einkaufen: ja nein Arztbesuche mit Kunden: ja nein

Mahlzeiten zubereiten: ja nein Spazieren gehen: ja nein

Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme: ja nein

Unterstützung beim An- und Auskleiden: ja nein

Unterstützung bei der Körperpflege: ja nein

Begleitung/Unterstützung beim Toilettengang: ja nein

Inkontinenzversorgung: ja nein Wenn ja: Harn Stuhl

Inkontinenzversorgung im Bett: ja nein

Betten und Lagern: ja nein

Ist die Nachtruhe gestört? ja nein

Wenn ja, wie oft und welche Leistungen müssen erbracht werden? _____

KONTAKTPERSON / ANSPRECHPARTNER

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad/Beziehung zur betreuungsbedürftigen Person: _____

Sonstige Aufgaben: _____

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN

persönliche Empfehlung durch (Name): _____

Zeitungsannonce in (Zeitung): _____

Sozialdienst des Krankenhauses in (Krankenhaus): _____

Pflegedienst von (Pflegedienst): _____

Sonstiges: _____

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Sie mit dieser Unterschrift keinen Vertragsabschluss eingehen. Dieser Fragebogen ist bei Vertragsabschluss Bestandteil des Vertrages. Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____



SILESIA Pflege- und Betreuungsdienste GmbH | Werler Straße 333 | 59069 Hamm

Telefon: 0 23 81 / 877 300 | Telefax: 0 23 81 / 877 30 29

E-Mail: anfrage@silesia-pflege.de | www.silesia-pflege.de