

24-Stunden
Pflege mit Herz



SILESIA

Pflege- und Betreuungsdienste GmbH

Informations- und Bedarfsfragebogen – 24-Stunden-Betreuung

1. IHRE KONTAKTDATEN (Angehörige / Ansprechpartner)

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (Festnetz): _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad _____

2. ANGABEN ZUM KLIENTEN (Klient 1)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Pflegegrad

☐ Kein Pflegegrad

☐ Pflegegrad 1

☐ Pflegegrad 2

☐ Pflegegrad 3

☐ Pflegegrad 4

☐ Pflegegrad 5

☐ Pflegegrad beantragt

☐ Höherstufung beantragt

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

3. VORERKRANKUNGEN

- ☐ Diabetes ☐ Herz-/Kreislaufschwäche ☐ Demenz ☐ Alzheimer ☐ Harninkontinenz
☐ Stuhlinkontinenz ☐ Durchblutungsstörungen ☐ Geistige Behinderung ☐ Rheuma
☐ Lungenerkrankung ☐ Parkinson

☐ Krebsleiden Falls ja – Art und seit wann: _____

☐ Schlaganfall Falls ja – Wann: _____

☐ Allergien Falls ja – Welche: _____

☐ Offene Wunden (z. B. Dekubitus)

Falls ja – Wo und seit wann: _____

Wer versorgt die Wunde? _____

4. ALLGEMEINZUSTAND

Kommunikation

- ☐ Uneingeschränkt ☐ Eingeschränkt ☐ Sprachstörungen ☐ Schwerhörig
☐ Nicht möglich

Orientierung

- ☐ Uneingeschränkt ☐ Örtlich eingeschränkt ☐ Zeitlich eingeschränkt
☐ Persönlich eingeschränkt ☐ Situativ eingeschränkt

Geistiger Zustand

- ☐ Klar ☐ Teilnahmslos ☐ Apathisch ☐ Verwirrt ☐ Aggressiv

5. MOBILITÄT

- ☐ Selbstständig ☐ Mit Begleitung ☐ Mit Gehhilfe ☐ Mit Rollator
☐ Nur im Rollstuhl ☐ Sturzgefährdet ☐ Bettlägerig

6. ERWÜNSCHTE LEISTUNGEN

- ☐ Haushaltsführung ☐ Einkaufen ☐ Arztbegleitung ☐ Mahlzeiten zubereiten
☐ Hilfe bei der Nahrungsaufnahme ☐ Hilfe beim An- und Auskleiden
☐ Hilfe bei der Körperpflege ☐ Hilfe beim Toilettengang
☐ Inkontinenzversorgung ☐ Inkontinenzversorgung im Bett
☐ Betten & Lagern ☐ Spazieren gehen

7. NACHTSITUATION

☐ Nachtruhe zwischen 23–6 Uhr gestört

Falls ja – Wie oft pro Nacht: _____

Wie lange durchschnittlich: _____

Grund: _____

☐ Nachtbetreuung gewünscht

8. HAUSHALT & WOHN-SITUATION

☐ Einfamilienhaus ☐ Mehrfamilienhaus ☐ Wohnung

☐ Weitere Personen im Haushalt ☐ Haustiere vorhanden

☐ Führerschein erforderlich

☐ Rauchen erlaubt (Außerhalb der Wohnung)

9. BESTEHENDE PFLEGE

☐ Ambulanter Pflegedienst tätig

Falls ja – Welche Leistungen: _____

10. START DER BETREUUNG

Gewünschtes Startdatum: _____

11. HERKUNFT DER ANFRAGE

☐ Google / Internet

☐ Krankenhaus Falls ja – Welches: _____

☐ Pflegedienst Falls ja – Welcher: _____

☐ Pflegeberatung Falls ja – Welche: _____

☐ Empfehlung Falls ja – Durch wen: _____

☐ Sonstiges _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____