KWH SENIORENBETREUUNG
Mühlhäuser Str. 45
70806 Kornwestheim

INTERNET:
www.kwh-seniorenbetreuung.de
www.meine-pflegehilfe.de

E-MAIL:
info@meine-pflegehilfe.de

TELEFON: 07154 805695

Bitte unbedingt gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!

1. Kontaktperson:

Nachname: _____ Vorname: _____

PLZ Ort: _____ Straße: _____

Telefon (zu Hause): _____ Telefon (geschäftlich): _____

Telefon Mobil: _____ Mail: _____

Telefax: _____ Verwandtschaftsgrad: _____
(zwischen dem Betreuungsbedürftigen und der Kontaktperson)

2. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person:

Nachname: _____ Vorname: _____

PLZ Ort: _____ Straße: _____

Telefon (zu Hause): _____ Telefon (Mobil): _____

Telefax: _____ Mail: _____

Geburtsjahr: _____ Hausarzt: _____

Größe:_____cm Gewicht:_____kg Raucher/in: ☐ ja ☐ nein

Pflegegrad: ☐ n.v. ☐1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ beantragt

Ist eine Höherstufung absehbar? ☐ nein ☐ ja

Art der Pflegeversicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat

Gewünschter Betreuungsbeginn: _____

Dauer des Einsatzes: ☐ 1 Monat ☐ bis 3 Monate ☐ dauerhaft

Anzahl weiterer im Haushalt lebender Personen: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Verwandtschaftsgrad: _____

Fallen für diese Personen Arbeiten an? ☐ ja ☐ nein

Falls „ja“, welche? ☐ Hauswirtschaftliche Unterstützung ☐ Pflegehilfe

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten: ☐ ja ☐ nein

Leidet andere im Haushalt lebende Person an ansteckenden Krankheiten: ☐ ja ☐ nein

Falls „ja“ welche _____

Krankheiten/Einschränkungen: ☐ Alzheimer ☐ Asthma

☐ chronische Durchfälle ☐ beginnende Demenz ☐ Demenz ☐ Dekubitus

☐ Depression ☐ Diabetes ☐ Herzinfarkt ☐ Herzinsuffizienz

☐ Herzrhythmusstörung ☐ Hypertonie ☐ Multiple Sklerose ☐ Osteoporose

☐ Parkinson ☐ Rheuma ☐ Schlaganfall ☐ Stoma (Anus praeter)

☐ Sonstige: _____

Zeitliche und örtliche Orientierung: ☐ gut ☐ zeitweise ☐ massive Probleme

Geistiger Zustand: ☐ klar ☐ nicht ansprechbar ☐ verwirrt ☐ teilnahmslos

Sprache: ☐ gut ☐ eingeschränkt ☐ nicht möglich

Sehkräfte: ☐ gut ☐ eingeschränkt ☐ massive Probleme

Hörvermögen: ☐ gut ☐ eingeschränkt ☐ massive Probleme

Brille: ☐ ja ☐ nein Hörgerät: ☐ ja ☐ nein

Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen: ☐ ja ☐ nein

Wird nächtliche Hilfe benötigt? ☐ nicht erforderlich ☐ erforderlich 1 Mal ☐ erforderlich 2 Mal ☐ mehrfach

Bewegung: ☐ uneingeschränkt ☐ mit Unterstützung ☐ bettlägerig

Stehen: ☐ uneingeschränkt ☐ mit Unterstützung ☐ eingeschränkt

Aufstehen/Hinsetzen:: ☐ selbstständig ☐ mit etwas Hilfe ☐ vollständig hilfsbedürftig

Treppensteigen: ☐ selbstständig ☐ mit Unterstützung ☐ nicht möglich

Transfer Bett/Rollstuhl: ☐ selbstständig ☐ mit etwas Hilfe ☐ komplett hilfsbedürftig

Muss die Betreuungsbedürftige Person gelagert werden: ☐ ja ☐ nein

Toilette: ☐ selbständig ☐ mit Hilfe ☐ Teilinkontinenz ☐ Vollinkontinenz

Baden/Duschen: ☐ selbständig ☐ mit Hilfe ☐ komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel: ☐ Krückstock/Gehstock ☐ Rollator ☐ Rollstuhl

☐ Rollstuhlrampe ☐ Pflegebett ☐ Badewannenlift ☐ Treppenlift

☐ Lifter ☐ Toilettenstuhl ☐ Dekubitusmatratze ☐ Dauerkatheter

Weitere Hilfsmittel: _____

Kau- u. Schluckstörungen: ☐ keine ☐ Störungen

Nahrungsaufnahme: ☐ selbstständig ☐ mit Unterstützung ☐ mit voller Unterstützung

Diät: ☐ keine Falls „ja“ welche, welche Diät/Ernährung wäre empfehlenswert?: _____

_____

Ist ein Pflegedienst beauftragt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wird der Pflegedienst weiterkommen? ☐ ja ☐ nein

Pflegedienstleistungen: _____

Tagesgestaltung: ☐ selbstständig ☐ unter Anleitung

Tagesablauf:

Sollte die Betreuungskraft den Pflegebedürftigen wecken oder ausschlafen lassen?

☐ wecken ☐ ausschlafen lassen ☐ Falls wecken, um wieviel Uhr? _____

Eine kurze Beschreibung der Person:

Gibt oder gab es Interessen oder Hobbys?

Was ist Ihnen für die Betreuung am wichtigsten?

3. Grundpflege / Folgende Hilfe wird benötigt:

☐ Hilfe bei der Körperpflege ☐ Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

☐ Hilfe beim An- und Auskleiden ☐ Hilfe beim Toilettengang

☐ Hilfe beim Rasieren ☐ Intimpflege

☐ Demenzbetreuung ☐ Lagern (bei Bettlägrigkeit)

Weitere Anforderungen:

4. Haushaltshilfe / Benötigte hauswirtschaftliche Hilfe:

Einkaufen:	☐ nie	☐ ab und zu	☐ täglich
Kochen / Essenvorbereitung:	☐ nie	☐ ab und zu	☐ täglich
Wäsche waschen:	☐ nie	☐ ab und zu	☐ täglich
Bügeln:	☐ nie	☐ ab und zu	☐ täglich
Haustiere:	☐ ja	☐ nein	wenn „ja“, welche: _____
Mitversorgung von Haustieren:	☐ ja	☐ nein	
Einfache Gartenpflege:	☐ nie	☐ ab und zu	☐ täglich
Arztbesuche:	☐ nie	☐ ab und zu	☐ täglich

Weitere Anforderungen:

5. Anforderungen an das Personal:

Geschlecht:	☐ weiblich	☐ männlich	☐ irrelevant
Pflegeerfahrung:	☐ nein ☐ ja		
Deutschkenntnisse:	☐ gut	☐ befriedigend/mittel	☐ ausreichend
Kochkenntnisse:	☐ gut	☐ befriedigend	☐ ausreichend
Raucher:	☐ ja (nur im Freien)	☐ nein (zwingend)	☐ irrelevant
Führerschein	☐ wünschenswert	☐ nicht erforderlich	☐ zwingend erforderlich
Alter:	☐ bis 45	☐ älter als 45	☐ irrelevant

Weitere Anforderungen:

6. Rahmenbedingungen:

Lage:	☐ Stadt ☐ Dorf	☐ ländlich	
Wohnungsart:	☐ Einfamilienhaus	☐ Mehrfamilienhaus	
	☐ Wohnung	☐ Wohnfläche ca._____m2	

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß): ☐ ca. 10 Min ☐ ca. 20 Min ☐ mehr als 30 Min

Zusätzliche Angaben:

Zimmer für den(die) Betreuer(in): ☐ Bett ☐ Schrank ☐ Tisch ☐ Radio ☐ TV

Bad/WC für den(die) Betreuer(in): ☐ separat ☐ zur gemeinsamer Nutzung

Steht der Betreuungskraft Internet zur Verfügung? ☐ ja ☐ nein ☐ wird eingerichtet

Zusätzliche Angaben:

Ich erkläre mich einverstanden, dass KWH Seniorenbetreuung die in diesem Formular erhobenen persönlichen Daten im Rahmen der Bearbeitung meiner Anfrage verarbeitet und, soweit es für die Vertragsvermittlung erforderlich ist, an ausländische Kooperationspartner mit Sitz innerhalb der Europäischen Union weitergibt. Außerdem versichere ich, dass ich befugt bin die persönlichen Daten über die pflegebedürftige Person weiterzugeben. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung meiner unverbindlichen Anfrage von KWH Seniorenbetreuung kontaktiert zu werden.
Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum und Unterschrift: _____