

# AUFNAHMEBOGEN

Dienstleistungsnehmer:

Kontaktperson:

Vorname:

Nachname:

Anrede

Geburtsdatum

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Mobil, Mail:


Verwandtschaftsgrad der Kontaktperson:

Beginn der Dienstleistungsausführung (Wunschdatum):

## Diagnosen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien                      | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="checkbox"/> Asthma                         | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz    |
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche     | <input type="checkbox"/> Hypertonie          |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                      | <input type="checkbox"/> Inkontinenz         |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle          | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose   |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus                      | <input type="checkbox"/> Osteoporose         |
| <input type="checkbox"/> Demenz                         | <input type="checkbox"/> Parkinson           |
| <input type="checkbox"/> Depression                     | <input type="checkbox"/> Rheuma              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                       | <input type="checkbox"/> Stoma               |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mit Insulinbehandlung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall        |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                    | <input type="checkbox"/> Tumor               |

## Pflegestufe:

- nicht vorhanden
- Pflegestufe 1
- Pflegestufe 2
- Pflegestufe 3
- Pflegestufe 4
- Pflegestufe 5
- Beantragt

## Körperliche Masse:

Größe:

Gewicht:

Weitere Diagnosen:

---

**Hilfsmittel, Hilfsgeräte, med. Utensilien:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Badewannenlift        | <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen        | <input type="checkbox"/> Rollstuhl               |
| <input type="checkbox"/> Brille                | <input type="checkbox"/> Notrufsystem         | <input type="checkbox"/> Sprachhilfegerät        |
| <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze | <input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe | <input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät              | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde            | <input type="checkbox"/> Treppenlift             |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz Einlagen  | <input type="checkbox"/> Pflegebett           | <input type="checkbox"/> Urinflasche             |
| <input type="checkbox"/> Katheter              | <input type="checkbox"/> Rollator             | <input type="checkbox"/> Windeln                 |
- 

**Urininkontinenz:**

- |                                |  |                                      |
|--------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> teilweise Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
|--------------------------------|--|--------------------------------------|

**Stuhlinkontinenz:**

- |                                |  |                                      |
|--------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> teilweise Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
|--------------------------------|--|--------------------------------------|
- 

**Nächtlicher Rhythmus (Ein – und Durchschlafen):**

- |                                    |  |                                  |                  |
|------------------------------------|--|----------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> teilweise gestört | <input type="checkbox"/> gestört | Wie oft gestört? |
|------------------------------------|--|----------------------------------|------------------|
- 

**Persönlichkeitsbild:**

	niemals	selten	häufig
freundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
herzlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lebensfroh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zurückhaltend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ungeduldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schnell reizbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zornig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

## Motorische Einschränkungen:

	selbstständig	mit Unterstützung	komplett hilflos	hilfsbedürftig	bettlägerig
Bewegung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Bett/Rollstuhl:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laufen/Gehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Bett gehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesichtspflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörperpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bein- und Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauen und Schlucken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Ausziehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## Andere Pflegedienste:

Es wird derzeit kein Pflegedienst in Anspruch genommen.

Werden außer RM24 Betreuungskräfte noch andere Pflegepersonen im Haushalt der pflegebedürftigen Person beschäftigt/beauftragt oder beschäftigt/beauftragt sein?

nein

ja, und zwar

Es finden bereits Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes statt

---

## Interessen und Hobbys des Dienstleistungsempfängers:

---

## Erwartungen an das Personal:

### Sprachkenntnisse

- Grundkenntnisse
- mittlere Kenntnisse
- gute Kenntnisse

### Alter

- >50
- 50<
- Egal

### Geschlecht

- Weiblich
- Männlich
- Egal

---

## Dienstleistungsempfänger lebt in/im:

- |                                    |                                     |                                  |                                    |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Großstadt | <input type="checkbox"/> Kleinstadt | <input type="checkbox"/> Dorf    | <input type="checkbox"/> abgelegen |
| <input type="checkbox"/> MFH       | <input type="checkbox"/> EFH        | <input type="checkbox"/> Wohnung | <input type="checkbox"/> anders    |

---

## Einrichtung des Betreuungskraft-Zimmers:

- |                                      |                                |                                   |                                   |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> eigenes Bad | <input type="checkbox"/> Bett  | <input type="checkbox"/> Schrank  | <input type="checkbox"/> Tisch    |
| <input type="checkbox"/> Fernseher   | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Computer | <input type="checkbox"/> Internet |

---

### Wohnen andere Personen im Haushalt?

- Nein
- Ja

Wer wohnt im Haushalt mit?

### Leben Haustiere im Haushalt?

- Nein
- Ja

Welche Tiere?

### Sollen Haustiere versorgt werden?

- Nein
- Ja

Welche Tiere?

### Am nächsten liegender Lebensmittelgeschäft: (Erreichbarkeit zu Fuß in Minuten)

---

**Betreuungskraft-Wohnfläche**  
(in m<sup>2</sup>)

## Leistungskatalog \*

<b>STANDARDLEISTUNGSKATALOG</b>			
<b>KÖRPERGERECHTE HILFESTELLUNG</b>			
		<b>Tagesfrequenz</b>	<b>Wunschtagesfrequenz*</b>
1	An-/ Auskleiden	2mal am Tag	
2	Waschen	2mal am Tag	
3	Baden /Duschen	alle 5 Tage	
4	Mund- /Zahnpflege	2mal am Tag	
5	Kämmen (einschließlich herrichten der Tagesfrisur)	2mal am Tag	
6	Rasieren (einschließlich der damit verbundenen Hautpflege)	1mal am Tag	
7	Hilfe beim Essen und Trinken	5mal am Tag	
8	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	1mal am Tag	
9	Begleitung zu und von der Toilette	5mal am Tag	
10	Wechseln der Wäsche	1mal am Tag	
11	Inkontinenzversorgung	3mal am Tag	
12	Nächtliche Versorgung	1mal am Tag	
13	Transfer	3mal am Tag	
<b>HAUSHALTS- UND BEGLEITUNGSGERECHTE HILFESTELLUNG</b>			
		<b>Tagesfrequenz</b>	<b>Wunschtagesfrequenz*</b>
14	Einkaufen	2mal pro Woche	
15	Zubereiten von Essen	1mal am Tag	
16	Waschen der Wäsche	2mal pro Woche	
17	Bügeln	2mal pro Woche	

\*) Bitte gewünschte Tagesfrequenz eintragen. Eine Tagesfrequenz bedeutet, wie oft in der Woche oder wie oft am Tag eine Aufgabe zu verrichten ist.

## Tagesstruktur:

Morgens:

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

Hiermit willige ich die Erhebung und die Verarbeitung meiner personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten durch die Gesellschaft Reha-Med24 Sp. z o.o. sp.k. mit Sitz in Breslau (50-020), ul. Marsz. J. Piłsudskiego 74/320 (Polen), zum Zweck der Kontaktaufnahme mit mir und zum Zweck der Unterbreitung eines ausführliches Angebots für Betreuungsdienstleistungen ein. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Richtigkeit der mit diesem Aufnahmebogen gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort

|| | | | | | | | | |  
Datum (tt.mm.jjjj)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Dienstleistungsempfängers