

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 hilfsbedürftig | bettlägerig |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Bewegung: | <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"/> |
| Baden/Duschen: | <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"/> |
| Treppensteigen: | <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"/> |
| Gesichtspflege: | <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"/> |
| Intimpflege: | <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"/> |
| Kauen und Schlucken: | <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"/> |

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 m²)

Leistungskatalog *

| STANDARDLEISTUNGSKATALOG | | | |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| | | | |
| KÖRPERGERECHTE HILFESTELLUNG | | | |
| | | Tagesfrequenz | Wunschtagesfrequenz* |
| 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 | |
| | | | |
| HAUSHALTS- UND BEGLEITUNGSGERECHTE HILFESTELLUNG | | | |
| | | Tagesfrequenz | Wunschtagesfrequenz* |
| 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