



Seniorenbetreuung Dreiländereck

Wacikowski Marius

Brombacherstr. 68a

79539 Lörrach

Telefon: 07621 799309

Email: kontakt@seniorenbetreuung-dreilaendereck.de

www.seniorenbetreuung-dreilaendereck.de

1. Allgemeine Angaben

Kontaktperson

Name der Kontaktperson	
Vorname der Kontaktperson	
Geburtsdatum	
Strasse und Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	
Telefonnummer privat	
Telefonnummer Büro	
Telefonnummer mobil	
E-mail Adresse	
Verwandtschaftsgrad	

Patient

Name des Patienten	
Vorname des Patienten	
Geburtsdatum	
Strasse und Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	
Telefonnummer	
Gewicht	
Größe	
Wohnt der Patient allein ?	

Transfer Bett/Rollstuhl

selbständig

hilft mit

komplett hilfsbedürftig

bettlägerig, kein Transfer

Welche Hilfsmittel stehen zur Verfügung?

Baden/Duschen

selbständig

braucht Hilfe

komplett hilfsbedürftig

Körperpflege

Gesicht :	selbständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
Mundpflege:	selbständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	selbständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	selbständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
Gesäß/Beine:	selbständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen:	selbständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	selbständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	selbständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	selbständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>

Urinkontrolle

kontinent

teilweise inkontinent

inkontinent

Hilfsmittel

Vorlagen

Urinflasche

Windeln

Dauerkatheter

Stuhlkontrolle

kontinent

teilweise inkontinent

inkontinent

An-/auskleiden

selbständig

braucht Hilfe

komplett hilfsbedürftig

Essen/Trinken

selbständig

braucht Hilfe

komplett hilfsbedürftig

Kau- und Schluckstörungen

keine

hat Störungen

PEG Sonde

Nahrungskarenz

Trinkkarenz

Diät

keine

Ja, welche: _____

Ein/Durchschlafen

keine Probleme

sporadisch

Schlaf-/Wachrhythmus
gestört

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf ?

1Mal

2-3 Mal

mehr als 3 Mal

Bekommt der Patient Schlafmittel?

ja

nein

Aktuelle Therapien :

keine

Krankengymnastik

Logopädie

sonstige:

2. Anforderungen an das Personal

Geschlecht

Frau

Mann

egal

Alter

20-30 Jahre

30-40 Jahre

40-50 Jahre

älter als 50 Jahre

egal

Sprachkenntnisse

gute Kenntnisse
einfache Unterhaltung ist möglich

mittlere Kenntnisse
verstehen gut

Grundkenntnisse
verstehen und

sprechen mit
Schwierigkeiten

sprechen mit
Schwierigkeiten

Führerschein

ja

nein

egal

Raucher/Nichtraucher

Raucher

Nichtraucher

egal

3. Rahmenbedingungen

Wohnsituation

Einfamilienhaus

Mehrfamilienhaus

Wohnung

Nachteinsätze

nein

ab und zu

häufig

jede Nacht

Freizeit

2 Stunden täglich

1 Tag pro Woche

nach Absprache

Arbeiten im Haushalt

Einkauf	ja	<input type="checkbox"/>
Kochen	ja	<input type="checkbox"/>
Waschen	ja	<input type="checkbox"/>
Bügeln	ja	<input type="checkbox"/>
Reinigungsarbeiten	ja	<input type="checkbox"/>
Gartenarbeit	ja	<input type="checkbox"/>
Haustier	ja	<input type="checkbox"/>

nein	<input type="checkbox"/>

Ab wann möchten Sie unsere Leistung in Anspruch nehmen?

sonstiges:

Datum:

Unterschrift:
