

Kundenanfrage – meine persönlichen Daten

Persönliche Angaben der Kontaktperson:

Anrede _____
Name _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Telefon/Mobil _____
Email _____

Persönliche Angaben der Pflegeperson:

Anrede _____
Name _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Telefon/Mobil _____
Geburtsdatum _____
Grösse (cm) _____ Gewicht (kg) _____
Pflegestufe 1 2 3 4 5 6 7
Wohnt in eigenem Haus eigener Wohnung
Wohnt allein 1 Person mehrere Personen
Tiere im Haushalt ja nein wenn ja, welche?

Krankheitsmerkmale:

(Alzheimer, MS-Patient, Demenz; Inkontinenz, Schlaganfall, geistig behindert etc.)

Liegen irgendwelche Infektionskrankheiten vor ja nein

Derzeitiger Gesundheitszustand _____

Die Pflegeperson ist: gehfähig teilweise mobil total bettlägrig

Sollte eine weitere Person im Haushalt
lebende Person mitversorgt werden ja nein

Notwendige Hilfe für die Pflegeperson bei:

Aufstehen/zu Bette gehen ja nein

Waschen/Duschen ja nein

An-/Auskleiden ja nein

Frisieren/Rasieren etc. ja nein

Essen/Trinken ja nein

PEG-Sonde ja nein

Diät/sonstige Ernährungsvorschrift ja nein

Inkontinenzprodukte wechseln ja nein

Toilette/WC ja nein

Künstlicher Darmausgang ja nein

Medikamenteneingabe/Spritzen/Insulin ja nein

Derzeit ist für die häusliche Pflege vorhanden:

Rollstuhl/Gehhilfe ja nein

Krankenbett ja nein

Einstieghilfe Badewanne/Dusche ja nein

Toilettenstuhl ja nein

Sonstiges

Eigenes Zimmer für Betreuungspersonal ja nein

TV im Zimmer ja nein

Getrenntes Bad/WC ja nein

Anforderung an das Betreuungspersonal:

- Geschlecht weiblich männlich unwichtig
- Ausbildung Pflegerin ohne Ausbildung/Haushilfe
 Pflegerin mit Ausbildung zur Pflegehelferin oder Altenpflege
 Dipl.Gesundheits-u. Krankenschwester/pfleger
- Betreuungserfahrung
 In Österreich erforderlich wünschenswert unwichtig
- Führerschein erforderlich ja nein

Deutschkenntnisse:			
	Sehr gut	gut	ausreichend
Sprechen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lesen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schreiben	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Raucherin ja nein

Sonstiges

Erwünschter Eintrittstermin _____

Betreuung für wie lange ca. erwünscht _____

Datum

Unterschrift Kontaktperson