

## Pflegebedarf – 24 h Betreuung Zuhause

Die 24-Stunden-Betreuung bietet den Pflegebedürftigen die Möglichkeit, in der gewohnten Umgebung zu bleiben. Die qualifizierten Pflegekräfte wohnen bei den Familien und betreuen die zu pflegende Person zu Hause. Sie führen den Haushalt, übernehmen Hilfestellungen bei der Körperpflege sowie beim An- und Ausziehen, stehen für Gespräche zur Verfügung und begleiten bei Spaziergängen oder Arztbesuchen.

Träger mit Sozialdienst begleiten die 24 h Betreuung. Sie behalten einen festen Ansprechpartner. Für die 24 h Betreuung ist der Besuch des Sozialdienstes ein kostenloser Service. Wir möchten das Wohnumfeld und den Patienten persönlich kennenlernen. Gerne beantworten wir im Dialog vor Ort Ihre Fragen. Bitte vereinbaren Sie mit uns einen Termin. *Gewünschter Starttermin:* \_\_\_\_\_

Pflegebedürftige Person	Bitte pro Person nur ein Vordruck
Name, Vorname	
Geb.-Datum	
Strasse	
PLZ Ort	
Körpergröße in cm / Gewicht in kg	
Mobilität	<input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> teilmobil <input type="checkbox"/> bettlägerig / Rollstuhl
Pflegegrad	
Anzahl Personen im Haushalt	
Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ja Bevollmächtigte(r): Name, Adresse	

I. Pflegerelevante Diagnosen	Spezielle Pflege-Aspekte
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Dekubitus
<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson	<input type="checkbox"/> Wunden
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> isolierpflichtiger Keim
<input type="checkbox"/> Sturz	<input type="checkbox"/> Dialysepflichtigkeit
	<input type="checkbox"/> bekannte Allergien
Ihre Ergänzungen	<input type="checkbox"/> Diät

II. Körperpflege	selbständige Durchführung	Anleitung / Beaufsichtigung	Unterstützung	vollständige Übernahme	Bemerkungen
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> herausnehmbar <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten
Rasur / Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
An-, Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spezielle Pflegemittel:					

III. Ernährung	selbständige Durchführung	Anleitung / Beaufsichtigung	Unterstützung	vollständige Übernahme	Bemerkungen
Orale Nahrungs- u Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kostform (kcal, BE)
<input type="checkbox"/> Gefahr einer Mangelernährung <input type="checkbox"/> Anhalten zum Trinken <input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung					
<input type="checkbox"/> Schluckstörung					

IV. Ausscheidung	selbständig	Unterstützung	nicht möglich	Bemerkungen
Toilettengänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Harn-Inkontinenz: <input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/> Selbstversorger				
<input type="checkbox"/> Stuhl-Inkontinenz <input type="checkbox"/> Durchfall-Neigung <input type="checkbox"/> Verstopfungsneigung				
Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Nachtstuhl <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken				
<input type="checkbox"/> Inkontinenz-Produkt: _____ Gr. _____				

## Pflegebedarf – 24 h Betreuung Zuhause

V. Bewegung	selbständige Durchführung	Anleitung / Beaufsichtigung	Unterstützung	vollständige Übernahme	Bemerkungen
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gebrauch v. Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sitzen im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dekubitusgefahr <input type="checkbox"/> Dekubitus vorhanden <input type="checkbox"/> Sturzgefahr					
Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Pflegebett <input type="checkbox"/> Lifter <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Duschstuhl <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollstuhl-Rampe					

VI. Kommunikation	Ohne Einschränkungen	Einschränkungen	Bemerkungen
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sprachstörung
Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörgeräte <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Taubheit
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Blindheit
Bewusstseinslage: <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös			

VII. Orientierung	vollständig orientiert	zeitweise	nicht vollständig orientiert	Bemerkungen
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Fremdgefährdung <input type="checkbox"/> Eigengefährdung <input type="checkbox"/> Weglauftendenz <input type="checkbox"/> Sonstiges:				

VIII. Medikation				
<input type="checkbox"/> Bereitstellen und Einnehmen erfolgt selbstständig	<input type="checkbox"/> Überwachen der Einnahme	<input type="checkbox"/> Medikamente durch Pflegedienst verabreichen lassen	<input type="checkbox"/> Medikamente durch Angehörige verabreichen	<input type="checkbox"/> Verblisterung durch Apotheke Ihrer Wahl
<input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Heparine <input type="checkbox"/> Insuline				

IX. Psychische Aspekte			
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Antriebsarmut	<input type="checkbox"/> Angstzustände	<input type="checkbox"/> Depressionen
<input type="checkbox"/> Schmerz-Zustände	<input type="checkbox"/> Unsicherheit		

X. Soziale Aspekte primäre Bezugsperson	
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ Ort	
Tel	
Email	
Verwandtschaftsverhältnis	

XI. Pflegesachleistungen Therapien	vorhanden	wöchentlich	
Ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/>		
Tagespflege	<input type="checkbox"/>		
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>		
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>		
Logopädie	<input type="checkbox"/>		
Dialyse	<input type="checkbox"/>		

Hausarzt betreut den Patienten in der Praxis     macht Hausbesuche

