

POLMEDICUS | Ihre Agentur für polnische Pflegekräfte

+ 1. ANGABEN ZU DER ZU BETREUENDEN PERSON

Anrede: Frau Mann

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: PLZ, Ort:

Straße, Nr.: Telefonnummer mit
Vorwahl:

Körpergröße: Körpergewicht:

+ 2. ANGABEN ZUM AUFTRAGGEBER/KONTAKTPERSON

Anrede: Frau Mann

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: PLZ, Ort:

Straße, Nr.: Telefonnummer mit
Vorwahl:

Mobil: E-Mail:

Verwandtschaftsgrad
zur betreuten Person:

+ 3. AKTUELLE HAUPTDIAGNOSEN

Alzheimer Krebs

beginnende Demenz Multiple Sklerose

Demenz Parkinson

Diabetes Schlaganfall re li

Herzerkrankung

Sonstiges

+ 4. WEITERE DIAGNOSEN UND SYMPTOME:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | |

Sonstiges

+ 5. DERZEITIGE PFLEGESTUFE

- keine
- vorhanden 0 1 2 3 Härtefall
- beantragt 0 1 2 3
- Ist ein Pflegedienst beauftragt? Nein Ja
- Wenn ja, soll der Pflegedienst weiter kommen? Nein Ja
- Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

+ 6. PFLEGEANAMNESE AEDL

6.1 KOMMUNIKATION / ORIENTIERUNG

- | Kommunikationsstörungen | Nein | leichte | schwere |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprachstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | | | |

- Hilfsmittel** Hörgerät Brille



Orientierung

	sel.*	twH	H*
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges

.....

.....

*sel.= selbständig
 *twH= teilweise Hilfe notwendig
 *H=komplette Hilfe notwendig

6.2 SICH BEWEGEN

	sel.*	twH	H*
Gehen/Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen/Lagewechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Gehstütze | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Fahrstuhl | <input type="checkbox"/> AD-Matratze |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Notrufsystem | |
| <input type="checkbox"/> Stützkorsett | <input type="checkbox"/> Beinprothese | |

Sonstiges

.....

.....



Liegt Bettlägerigkeit vor? Nein Ja

Dekubitus? Nein Ja, wo? _____

Dekubitusgefahr? Nein Ja

Lähmungen? Nein Ja, wo? _____

Rollstuhlfahrer/-in? Nein Ja

Hilft die betreute Person beim Transfer z.B. vom Bett in den Rollstuhl mit? Nein Ja trifft nicht zu

Sturzgefahr? Nein Ja

Bewegungsdrang? Nein Ja

Weglauftendenz Nein Ja

6.3 KÖRPERPFLEGE

	sel.*	tWH	H*
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel

Haltegriff Sitzbrett Badewannenlift

Duschstuhl



6.4 ESSEN UND TRINKEN

	sel.*	tWH	H*
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauen/Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckstörungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Leichte	<input type="checkbox"/> Schwere
Sonde?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Adipös	<input type="checkbox"/> Kachektisch
	<input type="checkbox"/> Exsikkiert		
Trinkmenge	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Wenig	
Kostform/Diät	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Vollwert	<input type="checkbox"/> Vegetarisch
	<input type="checkbox"/> Sonderkost	<input type="checkbox"/> Diabeteskost	
Vorlieben:	Speisen	
	Getränke	
Abneigungen:	Speisen	
	Getränke	
Sonstiges		

6.5 AUSSCHIEDUNG

Urinkontinenz?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Durchfallneigung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja



Hilfsmittel Einlagen Windeln Blasen-Katheter
 Toilettenstuhl Stomabeutel Suprapubischer-Katheter

Sonstiges

6.6 SICH KLEIDEN

	sel.*	tWH	H*
Ankleiden/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleiderauswahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lieblingskleidung, Farben, Schmuck?

6.7 RUHEN & SCHLAFEN

Mittagsschlaf	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Durchchlafstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Einnahme von Schlafmedikation	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Lagerung nachts notwendig	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Toilettengänge (Zu welcher Uhrzeit?) Uhr

6.8 SICH BESCHÄFTIGEN

Aufstehzeit Uhr

Frühstückszeit Uhr

Mittagsstunde Uhr

Mittagsschlaf Uhr

Kaffeezeit Uhr

Abendbrotzeit Uhr

Bett-Zeit Uhr



Hobbys Und Interessen?

.....

.....

6.9 GEMÜTSSTIMMUNG

ausgeglichen freundlich willig verdrießlich depressiv

Sonstiges

.....

.....

+ 7. KRITERIEN ZUR PERONALAUSWAHL

Gewünschtes Alter	<input type="checkbox"/> 20-35 J.	<input type="checkbox"/> 35-50 J.	<input type="checkbox"/> über 50 J.	<input type="checkbox"/> nicht wichtig
Gewünschtes Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> nicht wichtig	
Nichtraucher/-in	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht wichtig	
Führerschein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht wichtig	

Gewünschte Sprachkenntnisse

<input type="checkbox"/> Basis	keine/kaum Deutschkenntnisse
<input type="checkbox"/> Basis Plus	einfacher Grundwortschatz
<input type="checkbox"/> Standard	einfache Verständigung in üblichen Alltagssituationen
<input type="checkbox"/> Komfort	einfache Unterhaltung, relativ gute Sprachkompetenzen
<input type="checkbox"/> Komfort Plus	gute Kommunikation
<input type="checkbox"/> Premium	gute bis sehr gute Kommunikation

Sonstiges (z.B.: kräftige Person, tierlieb, ...)

.....

.....



+ 8. WOHSITUATION DER BETREUTEN PERSON

- 1-Personen-Haushalt 2-Personen-Haushalt
 Haus Garten
 Wohnung, Etage _____, Lift Nein Ja
Tiere im Haushalt Nein Ja, welche?
Separates Zimmer für das Personal Nein Ja
Telefon-Flatrate-Polen Nein Ja kann eingerichtet werden

Zimmerausstattung des Personals

- Bett Schrank Radio TV Tisch/Schreibtisch
 Computer Internetzugang eigenes Bad

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß

- ca. 5-10 Min ca. 15 Min. ca. 30 Min über 30 Min.

+ 9. WEITERE DETAILS

- Hilfestellung in der Nacht erforderlich? Nein Ja, wie oft? _____
Voraussichtlicher Arbeitsbeginn _____
Nächster großer Bahnhof _____

+ 10. WIE SIND Sie AUF POLMEDICUS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Empfehlung Flyer Internet Pflegedienst Medien (Radio, TV)

Sonstiges _____



+ 11. HINWEISE, BEMERKUNGEN UND ERGÄNZUNGEN

11.1 DATENSCHUTZINFORMATIONEN

Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten streng vertraulich. Diese Daten werden von uns gespeichert, für interne Zwecke verarbeitet und ausschließlich zur Erbringung unserer Dienstleistungen oder zur Kontaktaufnahme mit Ihnen verwendet. Sie können das einmal gegebene Einverständnis jederzeit widerrufen und/oder künftigen Verwendungen Ihrer Daten widersprechen.

Eine Weitergabe dieser Daten an Dritte erfolgt nicht, sofern dies nicht zur Erbringung der Dienstleistung oder zur Vertragsdurchführung notwendig ist.

11.2 WIDERRUF

Sie haben das Recht, die von Ihnen erteilte Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich zu widerrufen.

Der Widerruf ist zu richten an:

Polmedicus Sp. z o. o. Sp.K., ul.Dabrowskiego 77, 60-529 Poznan / Polen

E-Mail: info@polmedicus.de | Fax : +48 / 616394236

11.3 ERKLÄRUNG

Ich erkläre, dass die Angaben zu diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden.

Ort, Datum

.....
Dienstleistungsempfänger
(Unterschrift)

.....
Dienstleister
(Unterschrift, Stempel)