

Erhebungsbogen

ORT/DATUM

GEWÜNSCHTER BEGINN DER BETREUUNG

A. Allgemeine Angaben

Kontaktperson

Name, Vorname:

Adresse

Straße/Hausnummer:

PLZ & Ort:

Telefonnummer (Mobil)

Telefonnummer (Privat)

Telefonnummer (Büro)

E-Mail:

Verwandschaftsgrad:

Bevollmächtigt? Ja Nein

Wer unterschreibt den Vertrag?

Kontaktperson Patient Sonstiger

Rechnung an

Kontaktperson Patient Sonstiger

Zu betreuende Person/en

Name, Vorname:

Geschlecht:

Weiblich Männlich

Alter

Größe

Gewicht

Familienstand:

Alleinstehend Verheiratet Verwitwet

Andere Personen im Haushalt

Alter

Pflegebedürftige Mitbewohner

Größe

Gewicht

Adresse

Straße/Hausnummer:

PLZ & Ort:

Telefonnummer (Mobil)

Telefonnummer (Privat)

E-Mail

Pflegegrade

- Keiner:
- Falls ja, welcher: I II III IV V
- Beantragt: I II III IV V

B. Angaben über die Pflegesituation

Diagnosen

Eingeschr. Alltagskompetenz: Ja Nein

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Altersbe. Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall rechts | <input type="checkbox"/> Chronische Diarrhoe | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall links | <input type="checkbox"/> Schwerhörig | <input type="checkbox"/> Diabetes (Insulin) | |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Erblindung | <input type="checkbox"/> Asthma | |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Rheuma | |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Dekubitus | |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Allergien | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen | <input type="text"/> | | |

Ansteckende Krankheiten?

Ambulanter Pflegedienst vor Ort

Ist aktuell ein Pflegedienst beauftragt? Ja Nein

Falls ja, wie oft pro Tag:

Wird ein Pflegedienst auch zukünftig genutzt? Ja Nein

Welche Tätigkeiten werden übernommen?

Orientierungsvermögen

- Persönlich: Ja Zeitweise Sehr eingeschränkt
- Örtlich: Ja Zeitweise Sehr eingeschränkt
- Zeitlich: Ja Zeitweise Sehr eingeschränkt

Mobilitätsfunktion - Generell

- Selbstständig Leicht gehbehindert Rollator erforderlich Rollstuhl erforderlich Bettlägerig

Andere Hilfsmittel:

Anmerkungen:

Mobilitätsfunktion – Bett / Rollstuhl / Bett

- Selbstständig Mit Unterstützung Komplett hilfsbedürftig Bettlägerig (kein Transfer)

Vorhandene Hilfsmittel:

- Pflegebett Lift Dekubitus-Matratze Rollator Rollstuhl

Urinkontrolle

- Kontinent
 Teilw. inkontinent
 Inkontinent

Hilfsmittel:

- Inkontinenzhosen
 Vorlagen
 Urinflasche
 Katheter
 Suprapubischer Katheter

Stuhlkontrolle

- Kontinent
 Teilw. inkontinent
 Inkontinent
 Stoma-Patient

An- / Auskleiden

- Selbstständig
 Mit Hilfe
 Tagesformabhängig
 Vollständig hilfsbedürftig

Baden bzw. Duschen & Körperpflege

- Baden/Duschen
 Selbstständig
 Mit Hilfe
 Komplettilfsbedürftig

	Selbstständig	Teilweise selbstständig	Unter Anleitung	Kompl. Unterstützung
Gesicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mundpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oberkörper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesäß/Beine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intimpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haare waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nagelpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fusspflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Essen / Trinken

- Selbstständig
 Mit Hilfe
 Vollständig hilfsbedürftig
 Mundgerechte Zubereitung

Kau- & Schluckstörungen

- Keine
 Störungen
 PEG Sonde
 Nahrungskarenz
 Trinkkarenz

Diät bzw. Speiseplan

- Keine
 Falls ja, was genau:

Einschlafen & Durchschlafen

- Problemlos
 gelegentliche Störungen
 Einnahme Schlafmittel: Ja
 Nein
 Gelegentlich

Schlafenszeit:

Von:

Bis

Nachteinsätze

- Keine
 Sporadisch
 1-2 Einsätze pro Nacht
 Mehr als 3 Einsätze pro Nacht

Bitte beschreiben Sie die Charaktereigenschaften und das Wesen des Angehörigen (ggf. Hobbys, Interessen, usw.)

A large, empty grey rectangular area intended for the user to describe the characteristics and personality of the person being referred to.

Aufenthaltsdauer / An- und Abreise

- 4 Wochen
 6 Wochen
 8 Wochen
 10 - 12 Wochen

Die An- und Abreise erfolgt mit einem Kleinbus direkt vor die Haustür.

E. Abschließende Bemerkungen

Zusammenfassung

Abschließend bitten wir Sie noch um eine kurze Einschätzung des aktuellen Betreuungsaufwandes:

- Gering
 Mäßig
 Umfangreich
 Erheblich

Wie sind Sie auf Mesedi Seniorenbetreuung aufmerksam geworden?

- Familie/Bekannte
 Internet
 Krankenhaus
 Pflegedienst
 Broschüre/Flyer
 Sonstiges: _____

Haben Sie sonstige Fragen oder Anregungen?

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Die Firma Mesedi Beratungs & Vermittlungs GmbH & Co. KG, Kalkrieser Weg 9, 49086 Osnabrück, ist verantwortlich für den Schutz, Sicherheit und Verwaltung Ihrer Daten. Sie erreichen uns postalisch unter dieser Anschrift oder per E-Mail unter service@mesedi.de.

Die in unserem Erhebungsbogen/Beratungs- und Vermittlungsvertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, Gesundheitsdaten, Religionszugehörigkeit und familiären Daten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage der geltenden gesetzlicher Bestimmungen (EU-DSGVO) erhoben und verarbeitet. Wir weisen darauf hin, dass wir Ihre Daten zur Erfüllung unserer vertraglichen Pflichten an unsere Vertragspartner innerhalb der EU (osteuropäische Personalagenturen) übermitteln, die ebenso zur Einhaltung der EU-DSGVO verpflichtet sind. Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie am Ende dieses Dokumentes freiwillig erteilen. Pflichtangaben sind entweder gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben, oder wir benötigen diese Daten für den Vertragsabschluss, die Erbringung der gewünschten Dienstleistung oder den angegebenen Zweck. Die Angabe der Daten liegt selbstverständlich auch bei den Pflichtangaben in Ihrem Ermessen.

Eine Nichtangabe kann zur Folge haben, dass der Vertrag von uns nicht erfüllt bzw. die gewünschte Dienstleistung nicht erbracht oder der angegebene Zweck nicht erreicht werden kann. Ihre Vertragsdaten und die dazugehörigen Dokumente speichern wir gemäß den gesetzlichen Vorgaben. Ihre für Werbezwecke erhobenen Daten speichern wir, bis Sie dem widersprechen oder Ihre Einwilligung widerrufen. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen haben Sie hinsichtlich Ihrer Daten ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch gegen die Verarbeitung und Datenübertragbarkeit sowie das Recht auf Beschwerde bei einer zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde. Wenn Sie eine erteilte Einwilligung widerrufen, einschränken oder der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung oder aufgrund Ihrer besonderen Situation widersprechen möchten, genügt jederzeit eine kurze Nachricht an uns unter service@mesedi.de oder per Post an die oben angegebene Anschrift, Stichwort „Datenschutz“. Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter www.mesedi.de/datenschutzerklärung.

Ich stimme der Verarbeitung der angegebenen Informationen ausdrücklich zu.

Anlage 1: Normale Tagesstruktur

Morgens:

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts: