Morawe-Care24
Betreuungsmanagement & Vermittlung

Kontaktformular für Kunden / Bereich *Betreuung* & wissenswerte Hinweise

Persönliche Angaben			
zu betreuende Person		**Angehörige bzw. Kontaktperson**	
Vorname		Vorname	
Nachname		Nachname	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Straße		Straße	
PLZ, Ort		PLZ, Ort	
Telefon-Nr.		Telefon-Nr.	
Gewicht		Mobil	
Körpergröße		E-Mail	
Wohnt die zu betreuende Person allein?	☐ ja ☐ nein mit wem	Verwandtschafts-verhältnis	
Wird in Ihrem Haushalt geraucht?	☐ nein ☐ ja	Sind im Haushalt der zu betreuenden Person Haustiere vorhanden?	☐ nein ☐ ja

Zustand der zu betreuenden Person			
Diagnose			
☐ beginnende Demenz ☐ Demenz ☐ Alzheimer ☐ Parkinson ☐ Depression ☐ multiple Sklerose	☐ Gehschwäche *) ☐ Schlaganfall ☐ Herzinfarkt ☐ Herzrhythmusstör. ☐ Herzinsuffizienz ☐ Hypertonie	☐ Asthma ☐ Dekubitus ☐ Osteoporose ☐ Rheuma ☐ Stoma ☐ Inkontinenz	☐ Diabetes ☐ Allergien ☐ Durchfall ☐ Tumor ☐ Sonstiges _____
Kommunikation / Hilfsmittel			
Sprachprobleme?	☐ keine	☐ leichte	☐ massive
Hörvermögen eingeschränkt?	☐ nein	☐ ja - leicht	☐ ja – sehr stark
Sehkraft eingeschränkt?	☐ nein	☐ ja - leicht	☐ ja – sehr stark
Hörgerät vorhanden?	☐ ja	☐ nein	☐ wird bestellt
Brille vorhanden?	☐ ja	☐ nein	☐ wird bestellt
Gebiss vorhanden?	☐ ja	☐ nein	

Morawe-Care24
Betreuungsmanagement & Vermittlung

Kontaktformular für Kunden / Bereich *Betreuung* & wissenswerte Hinweise

Orientierung & Mobilität			
Zeitliche (Tageszeit) Probleme?	☐ nein	☐ zeitweise	☐ massive
Örtliche Probleme?	☐ nein	☐ zeitweise	☐ massive
Persönlichkeitsstörung?	☐ nein	☐ zeitweise	☐ massive
Bewegungs-Probleme?	☐ nein	☐ ja	welche _____
Bettlägerigkeit	☐ nein	☐ zeitweise	☐ permanent
Hilfsmittel bei der Bewegung	☐ keine	☐ Rollator	☐ Rollstuhl
***) Bei Gehschwäche** – was ist damit gemeint, bitte genaue Beschreibung, z. B. muss die Person gehoben, getragen werden und wie oft: _____			
Körperpflege			
Baden / Duschen / Mundpflege hilfebedürftig?	☐ nein	☐ teilweise	☐ komplett
Urinkontrolle / Stuhlgang	☐ kontinent	☐ teils inkontinent	☐ inkontinent
Hilfsmittel	☐ nein	☐ Windeln	☐ Katheter
Nahrungsaufnahme			
Hilfe bei der Zubereitung der Mahlzeiten?	☐ nein	☐ teilweise	☐ komplett
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme?	☐ nein	☐ teilweise	☐ komplett
Diät?	☐ nein	☐ ja	Wenn ja, welche _____
Bettruhe			
Schlafstörungen	☐ nein	☐ zeitweise	☐ massive
Wie oft?	☐ 1 – 2 mal / Nacht	☐ 3 – 4 mal / Nacht	☐ > als 4 mal
Therapien			
Aktuelle Therapien	☐ nein	☐ Krankengymnastik ☐ Logopädie	☐ Massagen ☐ Sonstige

Morawe-Care24
Betreuungsmanagement & Vermittlung

Kontaktformular für Kunden / Bereich *Betreuung* & wissenswerte Hinweise

Bereits vorhandene medizinische Unterstützung				
Pflegegrad	☐ kein Pflegegrad			
☐ Pflegegrad 1	☐ Pflegegrad 2	☐ Pflegegrad 3	☐ Pflegegrad 4	☐ Pflegegrad 5

Das neue Pflegestärkungsgesetz (PSG II) ist ab dem 01.01.2017 vollständig in Kraft getreten. Die bislang gültigen **Pflegestufen** werden anhand des neuen Begutachtungsassessments (NBA) in die neuen **Pflegegrade eingeteilt.**

Durch die Einteilung in Pflegegrade kann verstärkt Rücksicht auf Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz genommen werden. Die Einteilung erfolgt durch neue Entscheidungskategorien.

Pflegedienst				
Wie oft kommt der Pflegedienst?				

Wie sind das Wesen und der Charakter der zu betreuenden Person und was ist noch wissenswert (bitte leserlich schreiben)?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Morawe-Care24
Betreuungsmanagement & Vermittlung

Kontaktformular für Kunden / Bereich *Betreuung* & wissenswerte Hinweise

Anforderungen an die Betreuerin und Rahmenbedingungen				
Sprachkenntnisse	☐ geringe	☐ Grundkennt.	☐ gute	☐ sehr gute
Ausbildung	☐ diplom. Krankenschwester (Polen)		☐ Altenbetre.	☐ andere
Führerschein	☐ nein	☐ ja		
Reinigung der Wohnräume gewünscht?	☐ nein, da eigene Zugehfrau	☐ ja, nach Absprache	☐ ja, täglich	
Einkäufe / Kochen / Zubereitung der Mahlzeiten	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nein	
Begleitung zu Arzt-terminen und anderen Auswärtsterminen	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nein	
Ausstattung der Räume für die Betreuerin – kurze Beschreibung				
Ab wann benötigen Sie die Betreuung:				

_____
Ort, Datum, Unterschrift

Senden