

SEIT
2010
FÜR SIE DA



MÄRKISCHE
— SENIORENHILFE —

In guten Händen. Zuhause gut betreut.

Liebevolle 24-Stunden-Betreuung im eigenen Zuhause

Pflege- & Betreuungskräfte
aus Polen und der Ukraine



PERSÖNLICH
UND VERLÄSSLICH



ZUHAUSE
GUT BETREUT



ERFAHREN &
EINFÜHLSAM



SICHERHEIT &
VERTRAUEN

Ihre Angaben

Bitte möglichst vollständig ausfüllen. Die Angaben bilden die Grundlage für eine passende Personalauswahl.

1 Zu betreuende Person

Name, Vorname - Person 1 Geburtsdatum Pflegegrad Größe (cm) Gewicht (kg)

Name, Vorname - Person 2 Geburtsdatum Pflegegrad Größe (cm) Gewicht (kg)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

2 Angehörige / Kontaktperson

Name, Vorname

Verwandtschaftsgrad

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon / Mobil

E-Mail

3 Gewünschter Einsatz

Gewünschter Beginn

Voraussichtliche Dauer

Einsatzort

Gesundheitliche Situation

4 Diagnosen und Beeinträchtigungen

Demenz Alzheimer Parkinson Schlaganfall Diabetes Bluthochdruck
 Herzinsuffizienz Depression Rheuma Osteoporose Multiple Sklerose Tumorerkrankung
 Schwerhörigkeit Sehbeeinträchtigung Gehschwäche

Weitere Diagnosen / medizinische Hinweise

Aktuelle Therapien / Medikamente

Allergien / Unverträglichkeiten

5 Kommunikation und Orientierung

Sprache / Verständigung

uneingeschränkt zeitweise eingeschränkt stark eingeschränkt nicht möglich

Orientierung

zeitlich orientiert örtlich orientiert zur Person orientiert teilweise desorientiert
 vollständig desorientiert

Hören und Sehen

Hörgerät Brille Hören eingeschränkt Sehen eingeschränkt keine Einschränkung

Verhalten, Ängste, Unruhe, Aggressionen oder Weglauftendenz

Mobilität und tägliche Unterstützung

6 Mobilität

selbstständig gehfähig mit Rollator mit Gehstock Rollstuhl bettlägerig

Transfer vom / ins Bett oder auf die Toilette

selbstständig mit leichter Hilfe mit voller Hilfe Person muss gehoben werden

Vorhandene Hilfsmittel

Pflegebett Rollator Rollstuhl Toilettenstuhl Patientenlift Badewannenlift
Dekubitusmatratze

Weitere Hilfsmittel / Hinweise zur Mobilität

7 Körperpflege und Ausscheidung

Körperpflege

selbstständig Anleitung Teilhilfe vollständige Hilfe Ganzkörperwäsche im Bett

An- und Auskleiden

selbstständig Teilhilfe vollständige Hilfe

Ausscheidung

kontinent teilweise inkontinent vollständig inkontinent Katheter Stoma

Wechselhäufigkeit von Vorlagen / Windeln

Besonderheiten bei Toilettengängen

Weitere pflegerische Hilfen (keine Behandlungspflege)

Ernährung, Tagesablauf und Nachtsituation

8 Essen und Trinken

selbstständig Essen vorbereiten Essen anreichern Schluckstörung Sonde / PEG

Diät, Lieblingsgerichte, Unverträglichkeiten, Trinkmenge

Gewohnte Essenszeiten

Für wie viele Personen wird gekocht?

9 Tagesstruktur und Beschäftigung

Spaziergänge Gespräche Vorlesen Gesellschaftsspiele Garten Kirche Ausflüge
Arztbegleitung

Gewohnheiten, Hobbys, Vorlieben und Abneigungen

Typischer Tagesablauf

10 Nachtsituation

keine Nachteinsätze gelegentlich mehrmals pro Woche jede Nacht

Was ist nachts konkret zu tun? Wie oft ungefähr?

Haushalt und Rahmenbedingungen

11 Gewünschte Unterstützung im Haushalt

Kochen Einkaufen Wäsche Bügeln leichte Reinigung Betten beziehen Arzttermine
Begleitung außer Haus Haustier versorgen gemeinsame Aktivitäten

Weitere gewünschte Aufgaben

Wohnform

Wohnfläche in m²

Personen im Haushalt

Haustiere - Art und Anzahl

Einkaufsmöglichkeiten / Entfernung

12 Zimmer der Betreuungskraft

eigenes Zimmer eigenes Bad Bad zur Mitbenutzung WLAN TV Radio Balkon / Terrasse

Zimmer und Ausstattung

Freizeitregelung / Vertretung

Wohnlage, Treppen, Aufzug, Parkmöglichkeit

Wünsche an die Betreuungskraft

13 Persönliches Profil

Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich ☐ egal

Alter

☐ bis 40 Jahre ☐ 41-55 Jahre ☐ 56-65 Jahre ☐ egal

Deutschkenntnisse

☐ kommunikativ ☐ gut ☐ sehr gut ☐ egal

Weitere Anforderungen

☐ Nichtraucher ☐ Führerschein ☐ tierlieb ☐ Pflegeerfahrung ☐ Demenz-Erfahrung ☐ kocht gerne

Welche Eigenschaften sind besonders wichtig?

Was sollte die Betreuungskraft keinesfalls tun oder mitbringen?

Erfahrungen mit früheren Betreuungskräften

Weitere Wünsche oder Informationen

Zusätzliche Angaben und Bestätigung

14 Pflegedienst und weitere Beteiligte

Pflegedienst vorhanden

Tagespflege

Physiotherapie

Hausnotruf

keine weiteren Dienste

Name und Kontaktdaten des Pflegedienstes

Welche Leistungen und wie oft?

15 Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Empfehlung

Internet / Google

Pflegedienst

Arzt / Klinik

Presse

Sonstiges

Empfohlen durch / sonstige Quelle

16 Bestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben nach bestem Wissen vollständig und korrekt sind.

Die Daten dienen der Bedarfsermittlung und der Auswahl einer geeigneten Betreuungskraft.

Medizinische Behandlungspflege ist nicht Bestandteil der häuslichen Betreuung und wird bei Bedarf durch einen zugelassenen Pflegedienst oder qualifiziertes Fachpersonal erbracht.

Ort, Datum

Unterschrift Auftraggeber / Kontaktperson

Bitte speichern und an info@maerkische-seniorenhilfe.de senden.

Rückfragen: Katrin Malcher · 0 23 51 / 3 79 70 50