

Kunden-Kontaktformular für den Bereich *Betreuung*

Wie haben Sie von uns erfahren? Internet Freunde / Bekannte Zeitung
 Krankenhaus Sonstiges: _____

Persönliche Angaben			
zu betreuende Person 1		zu betreuende Person 2	
Vorname		Vorname	
Nachname		Nachname	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Straße		Straße	
PLZ, Ort		PLZ, Ort	
Telefon-Nr.		Telefon-Nr.	
Gewicht		Gewicht	
Körpergröße		Körpergröße	
Wohnt die zu betreuende Person allein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein mit wem _____	Wohnt die zu betreuende Person allein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein mit wem _____
Angehörige bzw. Kontaktperson			
Vorname			
Nachname			
Geburtsdatum			
Straße			
PLZ, Ort			
Telefon-Nr.			
Mobil			
Fax			
E - Mail			
Verwandtschafts-Verhältnis			

Zustand der zu betreuenden Person			
Diagnose			
<input type="checkbox"/> beginnende Demenz	<input type="checkbox"/> Gehschwäche *)	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Schlaganfall -	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Tumor / Krebs
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Thrombose
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	
*) Bei Gehschwäche – was ist damit gemeint, bitte genaue Beschreibung, z. B. muss die Person gehoben, getragen werden und wie oft.			
Kommunikation / Hilfsmittel			
Sprachprobleme?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> massive
Hörvermögen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - leicht	<input type="checkbox"/> ja – sehr stark
Sehkraft eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - leicht	<input type="checkbox"/> ja – sehr stark
Hörgerät vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wird bestellt
Gebiss vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Orientierung & Mobilität			
Zeitliche (Tageszeit) Probleme?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive
Örtliche Probleme?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive
Persönlichkeitsstörung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive
Bewegungs-Probleme?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche
Hilfsmittel bei der Bewegung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
Körperpflege			
Baden / Duschen / Mundpflege hilfebedürftig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> komplett
Urinkontrolle / Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Kontinent	<input type="checkbox"/> teils inkontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Katheter

Nahrungsaufnahme			
Hilfe bei der Zubereitung der Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> komplett
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> komplett
Diät?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche _____
Bettruhe			
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive
Wie oft?	<input type="checkbox"/> 1 – 2-mal / Nacht	<input type="checkbox"/> 3 – 4-mal / Nacht	<input type="checkbox"/> > als 4-mal
Therapien			
Aktuelle Therapien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Massagen <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Wie sind das Wesen und der Charakter der zu betreuenden Person und was ist noch wissenswert?			
<input type="checkbox"/> Liebevoll <input type="checkbox"/> Freundlich <input type="checkbox"/> Geduldig <input type="checkbox"/> Ungeduldig <input type="checkbox"/> Unfreundlich <input type="checkbox"/> Ordentlich <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			

Bereits vorhandene medizinische Unterstützung				
Pflegestufe				
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Pflegegeld „Pflegestufe 0“ *)	<input type="checkbox"/> Pflegestufe 1	<input type="checkbox"/> Pflegestufe 2	<input type="checkbox"/> Pflegestufe 3
<input type="checkbox"/> Pflegestufe 4	<input type="checkbox"/> Pflegestufe 5			
*) Menschen ohne Pflegestufe (Pflegestufe 0) erhalten monatlich ein Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. Offiziell gibt es keine „Pflegestufe 0“, diese Bezeichnung hat sich jedoch für einen festgestellten Pflegebedarf unterhalb der Voraussetzungen für Pflegestufe 1 fest etabliert. Die Alltagskompetenz muss erheblich eingeschränkt sein.				
Pflegedienst				
Wie oft kommt der Pflegedienst?	_____			

Kunden-Kontaktformular für den Bereich *Betreuung*

Anforderungen an die Betreuerin und Rahmenbedingungen				
Sprachkenntnisse	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> Grundkennt.	<input type="checkbox"/> gute	<input type="checkbox"/> sehr gute
Ausbildung	<input type="checkbox"/> Diplom. Krankenschwester (Polen)		<input type="checkbox"/> Altenpflegerin	<input type="checkbox"/> andere
Führerschein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Raucher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> egal	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> egal	
Reinigung der Wohnräume gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein, da eigene Zugehfrau	<input type="checkbox"/> ja, nach Absprache	<input type="checkbox"/> ja, immer	
Einkäufe / Kochen / Zubereitung der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nein	
Begleitung zu Arztterminen und anderen Auswärtsterminen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nein	
Ausstattung der Räume für die Betreuerin – kurze Beschreibung	<input type="checkbox"/> eigne Wohneinheit <input type="checkbox"/> eignes Zimmer im Haus / Wohnung <input type="checkbox"/> eignes Bad <input type="checkbox"/> Bett <input type="checkbox"/> Tisch <input type="checkbox"/> Schrank <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Internet Bemerkungen: _____			
Ab wann benötigen Sie die Betreuung:	_____			

Ich bin damit einverstanden, dass ZYBORT Vermittlungsbüro im Rahmen der Zweckbestimmung die in diesem Kontaktformular anvertrauten personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen erhebt, speichert und verarbeitet. Die Datenschutzerklärung von ZYBORT Vermittlungsbüro habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum, Unterschrift

Alle hier abgefragten Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Aufnahmebogen können Sie per E-Mail versenden an: info@zybort-betreuung.de
Bzw. an folgende Fax-Nr.: 08171 / 919 54 01

Oder per Post an:

Zybort Vermittlung
Isarring 17
82515 Wolfratshausen