

Allgemeiner Fragebogen

Ermittlung der passenden Betreuungskraft

Personen im gemeinsamen Haushalt

- ☐ Die Person lebt allein, eine weitere Person ist nicht im Haushalt
- ☐ Es handelt sich um zwei Personen die zu betreuen sind (Bitte beigelegten Analysebogen B verwenden)
- ☐ Die Person lebt mit einer zweiten, nicht betreuungsbedürftigen Person, in einem Haushalt

(A) Name

Vorname

Ihre persönlichen Erwartungen (Wünsche) an die Betreuungskraft:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| Einsatzbeginn | <input type="checkbox"/> Sofort | <input type="checkbox"/> Ab | <input type="text"/> |
| Vorausgesehene Einsatzdauer | <input type="checkbox"/> Unbefristet | <input type="checkbox"/> Befristet | <input type="text"/> |
| Alter der Betreuungskraft | <input type="checkbox"/> Egal | <input type="checkbox"/> Alter | <input type="text"/> |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> Weiblich | <input type="checkbox"/> Männlich | <input type="checkbox"/> Egal |
| Führerschein | <input type="checkbox"/> Ja, wichtig | <input type="checkbox"/> Egal | |
| Wenn Führerschein, dann | <input type="checkbox"/> Automatikgetriebe | <input type="checkbox"/> Manuelle Schaltung | |
| Raucher | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Egal (wenn draußen) |
| Sprachkenntnisse (Pflegerherzen empfiehlt: Note 2 - 3) | <input type="checkbox"/> Note 1 | <input type="checkbox"/> Note 2 | |
| 1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=Grundwortschatz | <input type="checkbox"/> Note 3 | <input type="checkbox"/> Note 4 | |

Zwingende Voraussetzungen am Einsatzort, für eine Betreuungskraft:

- ☒ Stets freie Kost für Ihre Betreuungskraft
- ☒ Frei verfügbares Einzelzimmer, möbliert
- ☒ Stets freie Logis für Ihre Betreuungskraft
- ☒ Vertrags konforme Arbeitszeitregelungen

Kommunikationsmöglichkeiten für die Betreuungskraft: Besteht die Möglichkeit der Mitnutzung eines Festnetztelefons für die Betreuungskraft?

☐ Ja ☐ Nein



Telefonkosten müssen durch Kunden gedeckt werden.

(Telefonbenutzung durch die Betreuungskraft muss angemessen sein. In der Regel telefonieren die Betreuungskräfte über das Internet.)

Internetnutzung (zwingende Voraussetzung)

☐ Ja ☐ Beantragt

A. Informationen über Ihren Gesundheitszustand

Krankheitsmerkmale

Ansteckende Krankheiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Allergien? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Tumor? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Blutverdünner? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte erläutern

☐ MS-Patient

☐ Geistig behindert

☐ Dekubitus (Druckgeschwür)

☐ Probleme mit der Speiseröhre

☐ Bluthochdruck

☐ Demenz

☐ Parkinson

☐ Arthrose

☐ Sturzgefahr

☐ Depressionen

☐ Osteoporose

☐ Asthma

☐ Chronischer Durchfall

☐ Diabetes

☐ Schlaganfall

☐ Alzheimer

☐ Rheuma

☐ Schwerhörigkeit

Sonstige Krankheiten ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Inkontinenz

Besteht Inkontinenz? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Urin ☐ Kontinent ☐ Teilweise inkontinent (z.B. nachts) ☐ Inkontinent ☐ Dauerkatheter

Stuhl ☐ Kontinent ☐ Teilweise inkontinent (z.B. nachts) ☐ Inkontinent ☐ Dauerkatheter

Nachtruhe des zu Betreuenden (Zeitausgleich und/oder finanzieller Zuschlag notwendig)

Steht nachts auf ☐ Nein ☐ 1-2x ☐ 3-4x ☐ Mehr als 4x

Nächtliche Einsätze der Betreuungskraft notwendig ☐ Nein ☐ Ja, ca. Pro Nacht

Wenn ja, bitte erläutern

Schlafmedikation ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Pflegegrad

☐ Keiner ☐ Letzte Untersuchung durch den MDK

Pflegegrad erteilt/beantragt ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

Tagesstruktur

Patient/in steht um Uhr auf Patient/in geht um Uhr ins Bett

Patient/in geht selbstständig zu Bett ☐ Ja ☐ Nein, braucht Hilfe

Patient/in hält täglich Mittagsschlaf ☐ Nein ☐ Ja ,um ca. Uhr, für ca. Stunden

Frühstück (Uhrzeit) Mittagessen (Uhrzeit)

Zwischenmahl (Uhrzeit) Abendessen (Uhrzeit)


Gibt es feste Tätigkeiten, Tagesstrukturen oder Eigenarten ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Nehmen Sie Dienstleistungen von Pflegediensten in Anspruch

☐ Nein, bisher nicht ☐ Es gibt bereits Leistungen durch einen Pflegedienst

Leistungen, bitte erläutern:

 Wir raten dazu, eingesetzte Pflegedienste auch weiterhin in Anspruch zu nehmen!
Medizinische Dienstleistungen werden von den Betreuungskräften nicht durchgeführt!

A. Informationen über Ihren Gesundheitszustand II

Beweglichkeit

	Uneingeschränkt	Teilweise eingeschränkt	Eingeschränkt	Nicht möglich (bettlägerig)
Gehen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stehen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sitzen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Liegen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Erläuterung	<input type="text"/>			

	Selbstständig	Mit wenig Hilfe	Kann nicht mithelfen	Nicht notwendig
Treppensteigen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transfer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transfer Bett	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aufstehen Stuhl/Bett	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Essen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Erläuterung	<input type="text"/>			

Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Gehilfe	<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> Altersgerechtes Bad	<input type="checkbox"/> Hebegurt
<input type="checkbox"/> Hebesitz	<input type="checkbox"/> Patientenlifter	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Krankenbett
<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Einlagen	<input type="checkbox"/> Hausnotruf
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="text"/>

Kommunikationsfähigkeit

<input type="checkbox"/> Sehen eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Hören eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Sprechen eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Verstehen eingeschränkt
<input type="text"/>			

Orientierung

<input type="checkbox"/> Zeit eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Person eingeschränkt
<input type="text"/>		

Bitte Charakter des zu Betreuenden kurz beschreiben

Bitte Hobby und Interessen des zu Betreuenden kurz beschreiben

A. Angaben zum Haushalt und Dienstleistungen

Angaben zum Leistungsnehmer und deren Angehörigen

Person lebt alleine ☐ Ja ☐ Nein

Angehörige ☐ Gemeinsamer Haushalt ☐ Kommen zu Besuch (Anzahl)

Hilfestellung durch Angehörige, wenn notwendig (freiwillig) ☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Hilfestellung

☐ Duschen/Baden ☐ An- & Auskleiden ☐ Nahrungsaufnahme ☐ Vorlagenwechsel

☐ Pflegedienst ☐ Sonstiges

Dienstleistung

☐ Kochen für ☐ Personen inkl. Betreuungskraft

☐ Bügeln für ☐ Personen ☐ Wäsche waschen für ☐ Personen

☐ Autofahren ☐ Arztbesuche ☐ Tägliches Aufräumen der Wohnung

☐ Haustiere versorgen Welche und wie viele

☐ Einkaufen

☐ Gesellschaft leisten ☐ Gesellschaftsspiele ☐ Spazieren gehen

Bemerkung

Essgewohnheiten

Isst der Patient/in Vegetarisch ☐ Ja ☐ Nein

Isst der Patient/in Vegan ☐ Ja ☐ Nein

Was muss bei der Zubereitung der Mahlzeiten beachtet werden

Unverträglichkeiten / Allergien

Diät / Spezialkost

Mag Patient/in besonders

Mag Patient/in nicht

Sonstiges

Haushalt

Wohnlage	<input type="text"/> Dorf	<input type="text"/> Kleinstadt	<input type="text"/> Großstadt
Größe des Haushalts	<input type="text"/> Haus <input type="text"/> m ²	<input type="text"/> Wohnung <input type="text"/> m ²	
Welches Stockwerk	<input type="text"/> EG	<input type="text"/> OG <input type="text"/> Etage	
Treppen zwischen Straße und Haushalt	<input type="text"/> Nein	<input type="text"/> Ja <input type="text"/> Stufen	
Stockwerktransfer notwendig	<input type="text"/> Ja	<input type="text"/> Nein	
Handelt es sich um einen Raucherhaushalt	<input type="text"/> Ja	<input type="text"/> Nein	
Wenn ja, bitte erläutern	<input type="text"/>		
Entfernung zur nächstgrößeren Stadt	<input type="text"/> Km		
Entfernung zur nächsten Einkaufsmöglichkeit	Zu Fuß <input type="text"/> min	Taxi <input type="text"/> min	Fahrrad <input type="text"/> min
Garten vorhanden	<input type="text"/> Ja	<input type="text"/> Nein	

Unterkunft der Betreuungskraft und deren Ausstattung

<input type="text"/> Eigenes Bad	<input type="text"/> TV	<input type="text"/> Radio	<input type="text"/> Schreibtisch
<input type="text"/> Schrank	<input type="text"/> Couch	<input type="text"/> Bett	<input type="text"/> Fenster
<input type="text"/> Zugang Garten	<input type="text"/> Eigener Eingang	<input type="text"/> Fahrrad	
<input type="text"/> Eigene Wohnung im Haus	<input type="text"/> Zimmer auf anderer Etage		
<input type="text"/> Zimmer unmittelbar an Patientenzimmer			

Allgemeine Kundendaten

Leistungsnehmer - eine oder zwei Personen (im gemeinsamen Haushalt lebend)

A. Name

A. Vorname

Geburtsdatum

Gewicht

Größe

B. Name

B. Vorname

Geburtsdatum

Gewicht

Größe

Straße

PLZ

Ort

Ortsteil

Telefon

Telefax

Mobil

E-Mail

Ansprechperson

Name

Vorname

Straße

PLZ

Ort

Ortsteil

Telefon

Telefax

Mobil

E-Mail



Weitere potentielle Ansprechpartner werden nach telefonischer oder persönlicher Kontaktaufnahme in unserem betriebsinternen System aufgenommen. (Bitte beachten: Nur eingetragten Ansprechpartner erhalten von uns Auskünfte)

Ambulanter Pflegedienst + Leistungen (falls vorhanden)

Wenn Leistungen, erläutern

Hausarzt

Wie sind Sie auf Pflegeherzen aufmerksam geworden?

DSVGO Hinweise zur Erhebung personenbezogener Daten nach Art. 13 EU-Datenschutzgrundverordnung

Wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen Ihrer Angebotsanfrage, deren Bearbeitung sowie der Erstellung eines Vertrages und dessen Umsetzung personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

1. Name und Anschrift des für die Verarbeitung Verantwortlichen

Verantwortlich für die Erhebung, Speicherung, Bearbeitung, Weitergabe und Löschung der Daten ist:

Pflegeherzen Temi & Avarello, GbR, Am Itzenplitzer Weiher 8, 66578 Schiffweiler

Verantwortliche:

Herr Luigi Avarello Email: avarello@pflegeherzen.de

Herr Krystian Temi Email: temi@pflegeherzen.de

Kontakt: Telefon: 06821 / 86 90 57 3

Telefax: 06821 / 90 47 66 2

E-Mail: kontakt@pflegeherzen.de

2. Name und Anschrift des Datenschutzbeauftragten

Der Datenschutzbeauftragte des für die Verarbeitung Verantwortlichen ist:

Herr Ludwig Kuhn

Gehlenberstr. 36

66125 Saarbrücken

E-Mail: datenschutz@pflegeherzen.de

Jede betroffene Person kann sich jederzeit bei allen Fragen und Anregungen zum Datenschutz direkt an unseren Datenschutzbeauftragten wenden.

3. Zweck, Rechtsgrundlage und Dauer der Verarbeitung

Zweck - Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Erstellung eines Angebotes, der Suche nach einer geeigneten Betreuungskraft und der Erstellung eines Vertrages sowie der Erfüllung unserer vertraglichen Pflichten gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Verarbeitung der Daten ist die Erbringung der oben genannten Leistungen nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Zur Erstellung eines Angebotes über Betreuungsleistungen benötigen wir u.a. folgende personenbezogene Daten: Ihre Kontaktdaten, Informationen zu Ihrer Lebenssituation, Informationen zu Ihrer Lebenssituation von Angehörigen, Angaben zur häuslichen Situation, Ggfs. Ihr Pflegegrad, Gesundheitsmerkmale und Krankheiten, benötigte Unterstützungsleistungen.

Zur Ermittlung einer Betreuungskraft werden wir eine Anfrage an einen unserer Kooperationspartner stellen. Dabei werden Ihre Daten jedoch anonymisiert, so dass lediglich die zur Angebotserstellung benötigten Daten zu Ihrem Gesundheitszustand, der häuslichen Umgebung oder der benötigten Leistungen ohne Bezug zu Ihnen bzw. der jeweiligen pflegebedürftigen Person weitergegeben werden. Nach Abgabe des Angebotes durch den Kooperationspartner leiten wir das Angebot an Sie weiter.

Dieses Angebot enthält ebenfalls anonymisierte Daten zu der in Frage kommenden Betreuungskraft. Sollte es zu einem Auftrag kommen, werden Sie mit einem unserer Kooperationspartner einen Vertrag über die Erbringung von Betreuungsleistungen abschließen. Die weitere Erfassung der personenbezogenen Daten erfolgt dann zum Zwecke der Erfüllung des Vertrages.

DSVGO II

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, die Weitergabe zur Erfüllung des Vertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von ihnen bewilligten Umfang.

Rechtsgrundlage der Verarbeitung

Rechtsgrundlage der Verarbeitung der ist Art. 6 Abs. 1 lit. a. und b. Art. 9 Abs. 2 h) DSGVO.

Dauer der Verarbeitung

Die Daten zur Erstellung des Angebotes werden in unserem System für 2 Jahre nach der Anfrage vorgehalten.

Danach werden sie gelöscht, sollten keine gesetzlichen oder ähnliche Anforderungen dem entgegenstehen.

Die Daten zur Erfüllung des Vertrages bleiben so lange gespeichert, wie sie zur Erfüllung des Vertrages benötigt werden. Des Weiteren haben wir gesetzliche Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten zu erfüllen.

4. Rechte der betroffenen Person

Hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten haben Sie folgende Rechte: Recht auf Berichtigung und Löschung, Recht auf Auskunft, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung und Recht auf Datenübertragbarkeit.

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b)

EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann. Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu.

Unabhängiges Datenschutzzentrum Saarland

Fritz-Dobisch-Straße 12

66111 Saarbrücken

Telefon: (0681) 94781-0

E-Mail: poststelle@datenschutz.saarland.de

Ich habe diese Datenschutz-Information erhalten und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu den oben genannten Zwecken zu.

Wichtige Informationen

- ✓ Ich wurde informiert, dass der Dienstleistungsvertrag zwischen mir und einem polnischen Dienstleistungsunternehmen geschlossen wird. Hierbei wird eine Betreuungskraft für gewünschte Dienstleistungen und zum gewünschten Einsatzort gemäß EU - Richtlinien entsendet. Der Dienstleistungsempfänger hat kein Weisungsrecht / Direktionsrecht gegenüber der Betreuungskraft. Die wöchentliche regelmäßige Arbeitszeit der Betreuungskraft beträgt bis zu 40 Std.
- ✓ Ich wurde informiert, dass für Nachteinsätze der Betreuungskraft ein Ausgleich in Form von zusätzlicher Freizeit einzurichten ist. Arbeitszeit-sowie Freizeitreglung entnehmen Sie bitte dem Dienstleistungsvertrag.
- ✓ Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Weiter versichere ich, dass ich die Voraussetzungen zur Kenntnis genommen habe und diese akzeptiere und erfülle.

Datum, Ort

Unterschrift

B. Informationen über Ihren Gesundheitszustand

(B) Name

Vorname

Krankheitsmerkmale

Ansteckende Krankheiten?

☐

Ja

☐

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Allergien?

☐

Ja

☐

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Tumor?

☐

Ja

☐

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Blutverdünner?

☐

Ja

☐

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

☐ MS-Patient

☐ Geistig behindert

☐ Dekubitus (Druckgeschwür)

☐ Probleme mit der Speiseröhre

☐ Bluthochdruck

☐ Demenz

☐ Parkinson

☐ Arthrose

☐ Sturzgefahr

☐

Depressionen

☐

Osteoporose

☐

Asthma

☐

Chronischer Durchfall

☐

Diabetes

☐

Schlaganfall

☐

Alzheimer

☐

Rheuma

☐

Schwerhörigkeit

Sonstige Krankheiten

☐

Ja

☐

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Inkontinenz

Besteht Inkontinenz?

☐

Ja

☐

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Urin

☐ Kontinent

☐

Teilweise inkontinent (z.B. nachts)

☐

Inkontinent

☐

Dauerkatheter

Stuhl

☐ Kontinent

☐

Teilweise inkontinent (z.B. nachts)

☐

Inkontinent

☐

Dauerkatheter

Nachtruhe des zu Betreuenden (Zeitausgleich und/oder finanzieller Zuschlag notwendig)

Steht nachts auf

☐

Nein

☐

1-2x

☐

3-4x

☐

Mehr als 4x

Nächtliche Einsätze der Betreuungskraft notwendig

☐

Nein

☐

Ja, ca.

☐

Pro Nacht

Wenn ja, bitte erläutern

Schlafmedikation

☐

Ja

☐

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Pflegegrad

☐ Keiner ☐ Letzte Untersuchung durch den MDK

Pflegegrad erteilt/beantragt ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

Tagesstruktur

Patient/in steht um Uhr auf Patient/in geht um Uhr ins Bett

Patient/in geht selbstständig zu Bett ☐ Ja ☐ Nein, braucht Hilfe

Patient/in hält täglich Mittagsschlaf ☐ Nein ☐ Ja, um ca. Uhr, für ca. Stunden

Frühstück (Uhrzeit) Mittagessen (Uhrzeit)

Zwischenmahl (Uhrzeit) Abendessen (Uhrzeit)


Gibt es feste Tätigkeiten, Tagesstrukturen oder Eigenarten ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Nehmen Sie Dienstleistungen von Pflegediensten in Anspruch

☐ Nein, bisher nicht ☐ Es gibt bereits Leistungen durch einen Pflegedienst

Leistungen, bitte erläutern:

 Wir raten dazu, eingesetzte Pflegedienste auch weiterhin in Anspruch zu nehmen!
Medizinische Dienstleistungen werden von den Betreuungskräften nicht durchgeführt!

B. Informationen über Ihren Gesundheitszustand II

Beweglichkeit

	Uneingeschränkt	Teilweise eingeschränkt	Eingeschränkt	Nicht möglich (bettlägerig)
Gehen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stehen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sitzen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Liegen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Erläuterung	<input type="text"/>			

	Selbstständig	Mit wenig Hilfe	Kann nicht mithelfen	Nicht notwendig
Treppensteigen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transfer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transfer Bett	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aufstehen Stuhl/Bett	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Essen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Erläuterung	<input type="text"/>			

Hilfestellung

<input type="checkbox"/> Duschen/Baden	<input type="checkbox"/> An- & Auskleiden	<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> Vorlagenwechsel
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Sonstiges		

Dienstleistung

<input type="checkbox"/> Kochen für	<input type="checkbox"/> Personen inkl. Betreuungskraft		
<input type="checkbox"/> Bügeln für	<input type="checkbox"/> Personen	<input type="checkbox"/> Wäsche waschen für	<input type="checkbox"/> Personen
<input type="checkbox"/> Autofahren	<input type="checkbox"/> Arztbesuche	<input type="checkbox"/> Tägliches Aufräumen der Wohnung	
<input type="checkbox"/> Haustiere versorgen	Welche und wie viele		
<input type="checkbox"/> Einkaufen			
<input type="checkbox"/> Gesellschaft leisten	<input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele	<input type="checkbox"/> Spazieren gehen	
<input type="checkbox"/> Bemerkung			

Essgewohnheiten

Isst der Patient/in Vegetarisch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Isst der Patient/in Vegan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Was muss bei der Zubereitung der Mahlzeiten beachtet werden

Unverträglichkeiten / Allergien

Diät / Spezialkost

Mag Patient/in besonders

Mag Patient/in nicht

Sonstiges

Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Hilfe	<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> Altersgerechtes Bad	<input type="checkbox"/> Hebegurt
<input type="checkbox"/> Hebesitz	<input type="checkbox"/> Patientenfilter	<input type="checkbox"/> Toilettensstuhl	<input type="checkbox"/> Krankenbett
<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Einlagen	<input type="checkbox"/> Hausnotruf
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="text"/>

Kommunikationsfähigkeit

<input type="checkbox"/> Vollständig erhalten			
<input type="checkbox"/> Sehen eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Hören eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Sprechen eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Verstehen eingeschränkt
Erläuterung	<input type="text"/>		

Bitte Charakter des zu Betreuenden kurz beschreiben

Bitte Hobby und Interessen des zu Betreuenden kurz beschreiben