

Kontaktformular

Seniorenheim *Piastów Gród*

1. Allgemeine Angaben

Beginn der Leistung:

1.1 Angaben zur Kontaktperson

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Postfach: _____
Telefonnummer: _____ Mobil-Nummer: _____
E-Mail- Adresse: _____
Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson: _____

1.2 Angaben zum Hilfsbedürftigen

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Postfach: _____
Telefonnummer: _____ Mobil-Nummer: _____
Geburtsdatum: _____
Größe: _____ Gewicht: _____

1.3 Rahmenbedingungen Wohnungslage:

1 Bettzimmer 2Bettzimmer mit Balkon
 Apartment Sonstiges:.....

Wohnsituation:

Ausstattung des Zimmers für den Senior/ die Seniorin:

eigenes Bad Bett Tisch Schrank
 Radio TV Internetzugang/WLAN

Bemerkungen:

Telefonnutzung

bis 10,- € im Monat Andere Möglichkeit/Bemerkungen:
 Sonstige:

Gesundheitszustand:

2.1 Diagnosen:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte
Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Beginnende
Demenz | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | | |

2.2 Kommunikationsprobleme:

- | | | | |
|--------------|--------------------------------|---------------------------------|---|
| Sprache: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörvermögen: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Sehkraft: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörgerät: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Brille: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

2.3 Orientierungsprobleme:

- | | | | |
|--------------|--------------------------------|------------------------------------|---|
| Zeitliche: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Örtliche: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Persönliche: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive Probleme |

2.4 Bewegung:

- selbstständig mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Hilfsmittel:

- Pflegebett Lift Dekubitusmatratze Rollstuhl Rollator

Sonstige:

Transfer Bett/Rollstuhl:

- selbstständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig/kein Transfer

Hilfsmittel:

Treppensteigen:

- selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Hilfsmittel: Treppenlifter Sonstige:

Baden/Duschen:

- selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Kontaktformular

Seniorenheim *Piastów Gród*

- Badewannenlift Duschstuhl/Hocker Körperpflege im Bett

Sonstige:

Körperpflege:

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterstützung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/Zahnprothese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß /Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen/waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Urinkontrolle:

- kontinent teilweise inkontinent (z. B. nachts) inkontinent
 Windeln Vorlagen Urinflasche
 Katheter suprapubischer Katheter

Stuhlkontrolle:

- kontinent teilweise inkontinent (z. B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

An-/Auskleiden:

- selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Essen/Trinken:

- selbstständig braucht Hilfe (z. B. beim Schneiden) komplett hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen:

- keine Störungen PEG-Sonde
 Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät:

- keine wenn ja, welche:

Ein- /Durchschlafen:

- keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-Wach-Rhythmus gestört

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf:

1-mal 2-bis 3-mal mehr als 3-mal

Bekommt Schlafmittel: ja nein

4. Tagesablauf:

Morgens:

wecken um: Uhr ausschlafen lassen

Baden/ Duschen :

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

in der Nacht:

Kontaktformular Seniorenheim *Piastów Gród*

- Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass Centrum Eurokontakt *Dom Seniora Piastów Gród* Duszniki Zdrój, ul. Zdrojowa 32, mit , die in diesem Fragebogen enthaltenen persönlichen Daten zur Kontaktperson bzw. zum Hilfsbedürftigen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Soweit es für die Bearbeitung meiner Anfrage notwendig ist, gibt Centrum Eurokontakt diese Daten an Pflegepersonnel weiter, welche die Daten benötigen, um mir ein Vertragsangebot zur Pflege des Hilfsbedürftigen zu unterbreiten. Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten über den Hilfsbedürftigen befugt zu sein.
- Ich bestätige, dass die zuvorgemachten Angaben nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Unrichtige und unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Dieses Formular ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Ort, Datum, Unterschrift