

**Kontaktperson**



Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
 Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_  
 Telefon Privat \_\_\_\_\_  
 Geschäftlich \_\_\_\_\_  
 Fax Privat \_\_\_\_\_  
 Geschäftlich \_\_\_\_\_  
 mobil Privat \_\_\_\_\_  
 Geschäftlich \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_

**Betreuungsperson**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Wohnort \_\_\_\_\_  
 Geburtsjahr \_\_\_\_\_

Geschlecht Männlich  Weiblich   
 Telefon \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_

**Persönliche Angaben**

Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

**Wohnverhältnisse**

Wohnt alleine Ja  Nein

**Mehrere Personen** \_\_\_\_\_

Zu zweit  3 und mehr

Haus

Zimmeranzahl: \_\_\_\_\_ qm: \_\_\_\_\_

Wohnung

Zimmeranzahl: \_\_\_\_\_ qm: \_\_\_\_\_

Haustier

Hund  Katze  Vögel



**Grunderkrankungen**

Alzheimer	
Schlaganfall	
Diabetes	
Multiple Sklerose	
Depressionen	

Demenz	
Herzinsuffizienz	
Bluthochdruck	
Osteoporose	
Allergien	

Parkinson	
Herzinfarkt	
Hypertonie	
Rheuma	
Tumorerkrankung	

**Pflegegrad**

1  
2  
3  
4  
5

Ja \_\_\_\_\_  
Ja \_\_\_\_\_  
Ja \_\_\_\_\_  
Ja \_\_\_\_\_  
Ja \_\_\_\_\_

Beantragt \_\_\_\_\_  
Beantragt \_\_\_\_\_  
Beantragt \_\_\_\_\_  
Beantragt \_\_\_\_\_  
Beantragt \_\_\_\_\_

Pflegedienst **nein**

**Ja**

Wie oft? Täglich   
Mehrmals täglich

Wöchentlich   
Mehrmals wöchentlich

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst weiterhin beansprucht werden? Ja  Nein



**Kommunikation**

	Gut	Mittel	Schlecht	Hilfsmittel erforderlich		
<b>Sprache</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlecht			
<b>Gehör</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörgerät	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Sehvermögen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brille	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

**Mobilität**

	Gut	Mittel	Schlecht	Hilfsmittel erforderlich		
<b>Laufen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stock <input type="checkbox"/>	Rollator <input type="checkbox"/>	Rollstuhl <input type="checkbox"/>
<b>Treppensteigen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treppenlift	<input type="checkbox"/>	
<b>Transfer in Bett oder Rollstuhl</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht erforderlich	<input type="checkbox"/>	

<b>Vorhandene Hilfsmittel</b>	Ja	Nein
Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Katheter

urinflasche

Windeln o. Vorlagen

**Anforderung an die Betreuungskraft**



Frau  Mann  Egal

Raucher  Nichtraucher  Egal

Alter Bis 30 Jahren  Bis 50 Jahren  Älter

**Sprachkenntnisse** Sehr gut  Mittel  Keine

**Ausbildung**

Altenpflegerin Ja  Nein

Krankenschwester Ja  Nein

Hauswirtschafterin Ja  Nein

Führerschein erforderlich Ja  Nein

Weitere Informationen:

**H.O.P.E. 24h**  
Betreuungs- und Fachkräftevermittlung  
**Hilfe Organisieren - Personal Engagieren**

Inhaber: Hiltrud Hribal

Römerstr. 13  
64625 Bensheim  
Tel 06251 5506551  
Fax 06251 9443004  
info@hope24h.de

---

---

---

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

---

[www.hope24h.de](http://www.hope24h.de)

Hilfe organisieren – pflegende Angehörige entlasten