

Felder zum ausfüllen von der Kolba-med-Agentur
Kundennummer .....
Vertragsnummer .....

## I. Allgemeine Angaben

<b>Name der Kontaktperson:</b>		<b>Name des Patienten:</b>	
<b>Vorname der Kontaktperson:</b>		<b>Vorname des Patienten:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Adresse:</b>		<b>Adresse:</b>	
Straße:		Straße:	
Hausnummer:		Hausnummer:	
Postleitzahl (PLZ):		Postleitzahl (PLZ):	
Ort:		Ort:	
<b>Postfach:</b>		<b>Postfach:</b>	
<b>Telefonnummer mit Vorwahl (Haus):</b>		<b>Telefonnummer mit Vorwahl (Haus):</b>	
<b>Telefonnummer mit Vorwahl (Arbeit):</b>		<b>Telefonnummer (Mobil):</b>	
<b>Telefonnummer (Mobil):</b>		<b>Gewicht:</b>	
<b>E-Mail:</b>		<b>Größe:</b>	
<b>Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson:</b>		<b>Wohnt der Patient alleine?</b>	

### Diagnosen:

- |   |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche   | <input type="checkbox"/> Asthma      | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes              |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li | <input type="checkbox"/> Dekubitus   | <input type="checkbox"/> Demenz            | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl.  |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung  | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Allergien             |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz   | <input type="checkbox"/> Rheuma      | <input type="checkbox"/> Parkinson         | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie   | <input type="checkbox"/> Stoma       | <input type="checkbox"/> Depression        | <input type="checkbox"/> Tumor                 |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose |  |
| <input type="checkbox"/> sonstige:  |                                      |  |  |

### Pflegestufe:

- Keine:
- Wenn ja, welche:  1.  2.  3.
- Beantragt:  1.  2.  3.

### Pflegedienst:

- Erfolgt z. Zt. Versorgung durch Pflegedienst:  ja  nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden:  ja  nein

### Probleme in der Kommunikation:

---

Sprache:  keine  mäßige  massive Probleme

Hörvermögen:  keine  mäßige  massive Probleme

Sehkraft:  keine  mäßige  massive Probleme

Hilfsmittel:

Hörgerät:  ja  nein

Brille:  ja  nein

### Orientierung:

---

Zeitlich:  ja  zeitweise  massive Probleme

Örtlich:  ja  zeitweise  massive Probleme

Persönlich:  ja  zeitweise  massive Probleme

### Bewegung:

---

selbstständig  mit Unterstützung  überwiegend im Rollstuhl  bettlägerig

Hilfsmittel:

### Treppensteigen:

---

selbstständig  mit Unterstützung  nicht möglich

Hilfsmittel:

### Transfer Bett / Rollstuhl:

---

selbstständig  hilft mit  komplett hilfsbedürftig  bettlägerig / kein Transfer

Hilfsmittel:

Pflegebett  Lift  Dekubitusmatratze  Rollstuhl  Rollator

### Baden / Duschen:

---

selbstständig  braucht Hilfe  komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

## 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
- Hilfsmittel:     
  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:**

1Mal                       2 - 3 Mal                       mehr als 3 Mal

Bekommt Schlafmittel:  ja                       nein

**Aktuelle Therapien:**

---

keine                       Krankengymnastik                       Logopädie                       sonstige:

**Wie ist der Patient von Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung)**

---

## II. Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

### 1. Anforderungen an das Personal:

#### Geschlecht:

---

- Frau       Mann       irrelevant

#### Alter (in Jahren):

---

- 20 – 30       30 - 40       40 - 50       älter als 50       irrelevant

#### Sprachkenntnisse:

---

- 1 (sehr gut)       2 (gut)       3 (befriedigend)       4 (ausreichend)       5 (schwach)

#### Führerschein:

---

- ja, mit Fahrpraxis       nein

### 2. Rahmenbedingungen:

#### Lage:

---

- Großstadt - zentral       Großstadt – abgelegen       Kleinstadt       Dorf       ländlich

#### Wohnsituation:

---

- Einfamilienhaus       Mehrfamilienhaus       Wohnung       sonstige:

#### Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

---

- ca. 10 min.       ca. 20 min.       ca. 40 min.       1 Stunde       länger als 1 Stunde

#### Ausstattung des Zimmers für den / die Mitarbeiter / -in:

---

- eigenes Bad       Bett       Tisch       Schrank       Radio       TV

- Computer       Zugang zum Internet

Bemerkungen:

### 3. Zusätzliche Voraussetzungen:

#### Haustiere:

---

keine  wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden:  ja  nach Bedarf  nein

#### Einkäufe / Kochen / Essenvorbereitung:

---

immer  ab und zu  nein

Liebblingslebensmittel und -getränke:

#### Waschen:

---

immer  ab und zu  nein

#### Bügeln:

---

immer  ab und zu  nein

#### Begleitung bei Arztbesuchen:

---

immer  ab und zu  nein

Gibt es eine Haushaltshilfe:  nein  wenn ja, wie oft kommt zum Einsatz:

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt:

„Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen **nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.**“

---

Unterschrift

Datum

### III. Tagesstruktur

<b>Morgens:</b>			
<input type="checkbox"/> wecken um:		Uhr	<input type="checkbox"/> ausschlafen lassen
Baden / Duschen:			pro Woche

<b>Vormittags:</b>	

<b>Mittags:</b>	

<b>Nachmittags:</b>	

<b>Abends:</b>	

<b>Nachts:</b>	

<b>Welche Hobbys hat der Patient:</b>
---------------------------------------

<b>Sonstiges:</b>
-------------------