

|  |
| --- |
| Rekrutierungsauftrag 24 Stunden Betreuung |
| Vor- und Zuname |  |
| Straße + Haus-Nr. +PLZ+Ort |  |
| Telefon |  |
| Alter des Patienten |  |
| Gewicht u. Größe des Patienten |  |
| Beginn der Betreuung |  |
| Pflegestufe |  |
| Kommt Pflegedienst – wie oft |  |
| Name - selbst. GebietsbetreuerInn |  |
| Werklohn: 30 Tage inkl. SVATurnus: 1 Monat 2 Monate 3 MonateGebietsbetreuerin: JA NEIN Fahrtkosten: pro Turnus …… Euro Gesamtbelastung : Erlagschein: JA NEIN |
|  |  |  |  |  |  |
| **B. Mobilität des zu Betreuenden** |  |  |  |
| eingeschränkt weil, |  |
| Rollstuhl / Stock / Gehwagen | Rollstuhl [ ]  Stock [ ] Gehwagen[ ]  |
| nicht mobil (Bett) |  |
| Lagerung notwendig? | Ja [ ]  Nein [ ]  kann mithelfen [ ]  nicht mithelfen [ ]  |
| Sind Körperteile gelähmt, welche? |  |
| **C. Einschränkungen** |  |  |  |  |
| Inkontinent  | Harninkontinenz [ ]  Stuhlinkontinenz [ ] Windelträger [ ]  Katheter [ ]  |
| Demenz / Alzheimer (Stadium)? |  |
| Sprachstörung? / Hörstörung ? |  |
| Beim Essen oder Trinken/ Sonde? |  |
| Nachteinsatz erforderlich? |  |
| Babyphon vorhanden ? | Ja [ ]  Nein [ ]  |
| **D. Erkrankungen des zu Betreuenden** |
| Bluthochdruck |  |
| Diabetes (Typ) |  |
| Herzinsuffizienz |  |
| Allergien |  |
|  |
| **E. Sonstige Erkrankungen**:  |
|  |
| **E. Vorlieben des zu Betreuenden** |  |  |  |  |
| Spazieren gehen (in Begleitung?) |  |
| Speisen Allgerien? |  |
| Getränke Allergien? |  |
|  |
| **F. Haushalt** |  |  |  |  |
| Anzahl der Personen im Haushalt, außer den zu Betreuenden |  |
| Personen zum Mitversorgen im Haushalt |  |
| Haustiere (welche + Anzahl) sind diese auch mitzuversorgen? |  |
| Wohnt der Betreute im Haus / Wohnung? | Haus [ ]  Wohnung [ ]  |
| Umfeld der Umgebung | Stadt - Zentral [ ]  Stadt - Rand [ ] Land – Zentral [ ]  Land – Rand [ ]  |
| Gartenversorgung? (ca. wie groß) | JA [ ]  Größe       Nein [ ]  |
| **Wichtige Informationen für die Betreuung:**Steht ein eigenes Zimmer zur Verfügung? JA [ ]  NEIN [ ] Steht ein eigenes Bad zur Verfügung? JA [ ]  NEIN [ ] Darf die Betreuung rauchen? JA [ ]  NEIN [ ]  |

Datum:

Unterschrift Pflegefamilie Unterschrift Gebietsleiterin(Bevollmächtigten)