

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. SVA  Turnus: 1 Monat 2 Monate 3 Monate  Gebietsbetreuerin: 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)