

Angaben Zur Kontaktperson:

Name *:

Vorname *:

Beziehung: *:

Straße *:

Postleitzahl *:

Ort: *:

Telefonnummer Haus: *:

Telefonnummer Mobil:

E-Mail-Adresse: *:

Angaben Zum Patienten

Name *:

Vorname *:

Geburtsdatum *:

Straße *:

Postleitzahl *:

Ort: *:

Telefonnummer Haus: *:

Telefonnummer Mobil:

E-Mail-Adresse: *:

Gewicht (kg): *:

Größe (cm): *:

Diagnosen / Krankheitsbild:

<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Demenz
<input type="checkbox"/> Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Krebs
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="text" value="Andere"/>	

Kommunikationseinschränkung	An-/Auskleiden	Toilettengang
<input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Selbständig
<input type="checkbox"/> Sehkraft	<input type="checkbox"/> Braucht Hilfe	<input type="checkbox"/> Braucht Hilfe
<input type="checkbox"/> Hörvermögen	<input type="checkbox"/> Komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> Komplett hilfsbedürftig
Essen/Trinken	Körperpflege	Bewegung
<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Selbständig
<input type="checkbox"/> Braucht Hilfe	<input type="checkbox"/> Teilweise selbständig	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung
<input type="checkbox"/> Komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> Überwiegend im Rollstuhl

komplette Unterstützung bettlägerig

Ein-/Durchschlafen	Patient Steht Auf Pro Nacht	Angaben Über Verhaltensweise
<input type="checkbox"/> Keine Probleme	<input type="checkbox"/> 1 mal	<input type="checkbox"/> Aggressiv
<input type="checkbox"/> Sporadische Störungen	<input type="checkbox"/> 2-3 mal	<input type="checkbox"/> Zurückhaltend
<input type="checkbox"/> Schlaf-/Wachrhythmus gestört	<input type="checkbox"/> Mehr als 3 mal	<input type="checkbox"/> Aufgeschlossen

<p>Weitere nennenswerte Einschränkungen</p>	<p>Hilfsmittel (2. B.: Bettenlift)</p>
---	--

Pflegedienst

Erfolgt eine Versorgung durch einen Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<p>Wie oft ist der Pflegedienst vor Ort? Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?</p>		
Ab wann ist die Betreuungskraft erwünscht? (Tag/ Monat/ Jahr)	<input type="text"/>	

Anforderungen an das Personal

Geschlecht	Alter	Sprachkenntnisse
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> 20-30 jahre	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> 30-40 jahre	<input type="checkbox"/> grundkenntnisse
<input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> 40-50 jahre	<input type="checkbox"/> mittlere kenntnisse
	<input type="checkbox"/> 50-60 jahre	<input type="checkbox"/> gute kenntnisse
	<input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> sehr gute kenntnisse
Führerschein	Raucher	Gewünschte Hausarbeiten
<input type="checkbox"/> Ja, mit Fahrpraxis	<input type="checkbox"/> Nichtraucher	<input type="checkbox"/> Reinigung/Putzen
<input type="checkbox"/> unwichtig	<input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> Kochen
		<input type="checkbox"/> Einkaufen
		<input type="checkbox"/> Waschen/Bügeln
<p>Weitere Erwartungen und Wünsche an unsere Mitarbeiter:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>		

Wohnsituation

Lage	Öffentliche Verkehrsmittel, Zu Fuss	Wohnsituation
<input type="checkbox"/> Großstadt-Zentral	<input type="checkbox"/> ca. 5 min	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus
<input type="checkbox"/> Großstadt – Außerhalb	<input type="checkbox"/> ca. 10 min	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus
<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> ca. 15 min	Sonstig:
		<input type="text" value="Einkaufen"/>

Dorf 15 min + ländlich**Einkaufsmöglichkeiten, Zu
Fuss****Personen, Die Im Haushalt
Leben****Der Pflegekraft Steht Zur Verfügung** ca. 5 min 1 Person Internet ca. 10 min 2 Personen TV ca. 15 min 3 Personen Telefon 15 min + 3 Personen + Eigenes Bad

Angaben Zum Patienten 2

Name *:

Vorname *:

Geburtsdatum *:

Straße *:

Postleitzahl *:

Ort *:

Telefonnummer Haus *:

Telefonnummer Mobil:

E-Mail-Adresse *:

Gewicht (kg) *:

Größe (cm) *:

Diagnosen / Krankheitsbild:

<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Demenz
<input type="checkbox"/> Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Krebs
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="text" value="Andere"/>	

Kommunikationseinschränkung	An-/Auskleiden	Toilettengang
<input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Selbständig
<input type="checkbox"/> Sehkraft	<input type="checkbox"/> Braucht Hilfe	<input type="checkbox"/> Braucht Hilfe
<input type="checkbox"/> Hörvermögen	<input type="checkbox"/> Komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> Komplett hilfsbedürftig
Essen/Trinken	Körperpflege	Bewegung
<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Selbständig
<input type="checkbox"/> Braucht Hilfe	<input type="checkbox"/> Teilweise selbständig	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung
<input type="checkbox"/> Komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> Überwiegend im Rollstuhl
	<input type="checkbox"/> komplette Unterstützung	<input type="checkbox"/> bettlägerig
Ein-/Durchschlafen	Patient Steht Auf Pro Nacht	Angaben Über Verhaltensweise
<input type="checkbox"/> Keine Probleme	<input type="checkbox"/> 1 mal	<input type="checkbox"/> Aggressiv
<input type="checkbox"/> Sporadische Störungen	<input type="checkbox"/> 2-3 mal	<input type="checkbox"/> Zurückhaltend
<input type="checkbox"/> Schlaf-/Wachrhythmus gestört	<input type="checkbox"/> Mehr als 3 mal	<input type="checkbox"/> Aufgeschlossen

Weitere nennenswerte Einschränkungen	Hilfsmittel (z. B.: Bettenlift)
--------------------------------------	---------------------------------

Pflegedienst

Erfolgt eine Versorgung durch einen Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Wie oft ist der Pflegedienst vor Ort? Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?				
Ab wann ist die Betreuungskraft erwünscht? (Tag/ Monat/ Jahr)				

MIT LEISTUNGSE RTEILUNG ZUSAMMENHÄNGENDE EINWILLIGUNG

Hiermit erteile ich meine Einwilligung in Verarbeitung durch AMBERCARE24 PLUS SP. Z O.O. SP.K. der sich auf Krankheiten, Gesundheitszustand, Bedürfnisse und notwendigen Betreuungsumfang beziehenden Daten des Pflegebedürftigen, zwecks Ausführung des Vertrags auf Betreuung, Pflege und Haushaltshilfe.

MARKETING-EINWILLIGUNG

Hiermit erteile ich meine Einwilligung in Verarbeitung meiner Personaldaten in Form vom Vornamen, Familiennamen, E-mail-Adresse und Telefonnummer durch AMBERCARE24 PLUS SP. Z O.O. SP.K. für Marketingzwecke, für einen Kontakt über E-mail, SMS oder Telefongespräch (d.h. bei Nutzung der Telekommunikationsendgeräte und der automatischen Selbst-Wahl-Systeme).

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift