



Inhaber: Hiltrud Hribal
Römerstr. 13
D-64625 Bensheim
Tel: +49 6251 550 6551
Fax: +49 6251 944 3004

info@hope24h.com
<https://www.hope24h.com/>

Kontaktformular

(Bitte mit schwarzem Stift ausfüllen)

Name der Kontaktperson :

Name :

Vorname :

Straße :

PLZ : Ort :

Telefon (privat) :

Telefon (geschäftlich) :

Mobil :

E-mail :

Fax :

Zu betreuende Person :

Name :

Vorname:

Geburtsdatum :

Verwandtschaftsverhältnis :

Straße :

PLZ : Ort :

www.hope24h.de

Hilfe organisieren – pflegende Angehörige entlasten

Telefon : E-mail :

Fax :

Persönliche Angaben :

Größe :

Gewicht :

Wohnverhältnisse der zu betreuenden Person:

Wohnt allein
 zu zweit
 mehrere Personen im Haushalt

Haus
 Wohnung
 Anzahl Zimmer
 Wohnfläche qm

Sind Haustiere vorhanden: ja nein

Wenn ja, welche :

Welche Grunderkrankungen (Diagnosen) stehen im Vordergrund :

Alzheimer <input type="checkbox"/>	Demenz <input type="checkbox"/>	Parkinson <input type="checkbox"/>
Schlaganfall <input type="checkbox"/>	Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/>
Depression <input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose <input type="checkbox"/>	Osteoporose <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Hypertonie <input type="checkbox"/>	Inkontinenz <input type="checkbox"/>
Rheuma <input type="checkbox"/>	Allergien <input type="checkbox"/>	Tumor <input type="checkbox"/>

Weitere Krankheiten/Diagnosen :

.....
.....
.....

Welche Begleiterkrankungen stehen im Vordergrund:

.....
.....

Pflegegrad:

- Keine
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Beantragt :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Pflegedienst :

Erfolgt z. Zeit Versorgung durch Pflegedienst : ja nein

Wie oft täglich :

Welche Tätigkeit erbringt der Pflegedienst :

.....

Soll der Pflegedienst auch weiterhin
 in Anspruch genommen werden :

ja nein

Probleme mit der Kommunikation :

Sprache	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hörvermögen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sehkraft	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hörgerät	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Brille	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Probleme mit der Orientierung :

Zeitlich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Örtlich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Persönlich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Probleme mit der Bewegung :

Selbstständig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
mit Unterstützung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Überwiegend im Rollstuhl	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bettlägerig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Probleme beim Treppensteigen :

Selbstständig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mit Unterstützung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nicht möglich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Probleme bei Transfer Bett/Rollstuhl :

Selbstständig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hilft mit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Komplett hilfsbedürftig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bettlägerig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>



Betreuungs- und Fachkräftevermittlung

Hilfe Organisieren - Personal Engagieren

Inhaber: Hiltrud Hribal

Römerstr. 13

D-64625 Bensheim

Tel: +49 6251 550 6551

Fax: +49 6251 944 3004

info@hope24h.com

<https://www.hope24h.com/>

Vorhandene Hilfsmittel :

Pflegebett	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Dekubitusmatratze	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Transferlifter	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Badewannenlifter	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rollstuhl	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rollator	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Evtl. Weitere

Baden/ Duschen :

Selbstständig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Braucht Hilfe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
komplett hilfsbedürftig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Körperpflege :

Selbstständig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Teilweise selbstständig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Unter Anleitung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Komplette Unterstützung notwendig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Urinkontrolle :

Kontinent	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Teilweise inkontenet	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Windeln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Katheter	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Vorlagen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Superapubisch.Katheter	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Inkontinent	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Urinflasche	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Stuhlkontrolle :

Kontinent	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Teilweise inkontinent (z.B. nachts)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Inkontinent	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

An-/und Auskleiden :

Selbständig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Braucht Hilfe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

www.hope24h.de

Hilfe organisieren – pflegende Angehörige entlasten

Essen/ Trinken :

Selbstständig ja nein
 Braucht Hilfe z.B. beim Schneiden ja nein
 PEG – Sonde ja nein

Ein/Durchschlafen :

Keine Probleme ja nein
 Sporadisch ja nein
 Schlaf-/Wachrhythmus gestört ja nein

Aktuelle Therapien :

ja nein

wenn ja welche :

.....

Welche Art von Grundpflege benötigt die zu betreuende Person:

.....

Wie ist die zu betreuende Person von Wesen und Charakter :

.....

Interessen und/oder Hobbys :

.....

Anforderungen und Rahmenbedingungen an das Personal

Einsatzbeginn **Einsatzdauer** :

Anforderung

Frau Mann Raucher Nichtraucher egal

Alter :

20-23 Jahre 30-40 Jahre 40-50 Jahre älter als 50 egal

Sprachkenntnisse :

Sehr gut gut befriedigend ausreichend schwach

Ausbildung :

Krankenschwester Altenbetreuerin Pflegehilfskraft

Führerschein notwendig: Ja nein Wäre gut

Ausstattung des Zimmers für den / die Mitarbeiter/in :

Eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV

Arbeitspensum und Freizeitregelung :

Einsatzzeit pro Tag

Freizeit pro Tag

Haushalt und hauswirtschaftliche Versorgung ja nein

wenn ja, welche ?

.....
.....

Antwort erwünscht per :

- Mail
- Telefon
- Fax
- Schriftlich

Datum :

Unterschrift :