



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

[info@hope24h.com](mailto: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](http://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](mailto: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](http://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 : .....