



Fragebogen B zweite Person

1. zu betreuende Person:

Geburtstag: _____

Vor- und Nachname: _____

Größe: _____ Gewicht: ♀ ♂

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

kein PG höherer PG beantragt

2. Diagnosen und Merkmale:

- | | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Allg. Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Ödeme | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |

Amputation: _____ Krebs: _____

sonstige Krankheiten: _____

ansteckende Krankheiten: nein ja Erläuterung: _____

2.1. Mentale Verfassung:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine geistige Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> Teilnahmslosigkeit | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit |
| <input type="checkbox"/> starke Unruhe | <input type="checkbox"/> Weglauftendenz | <input type="checkbox"/> Aggressivität |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | | |

2.2. Kommunikationsfähigkeit:

- | | | | |
|--------------|---------------------------------|--|------------------------------------|
| Sprache: | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| Hörvermögen: | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| Sehkraft: | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| Hilfsmittel: | <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgerät | |

2.3. Inkontinenz:

- | | | | |
|------------------------|---|---|--|
| Harninkontinenz: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> immer |
| Stuhlinkontinenz: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> immer |
| Hilfsmittel vorhanden: | <input type="checkbox"/> Vorlagen | <input type="checkbox"/> Windeln | <input type="checkbox"/> Bettpfanne <input type="checkbox"/> Urinflasche |
| | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Katheder | <input type="checkbox"/> künstlicher Darmausgang |
| Wechseln von Einlagen: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> Betreuungsperson | |

2.4. Hilfe bei der Körperpflege:

- | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesicht | <input type="checkbox"/> Kämmen | <input type="checkbox"/> Zahnpflege | <input type="checkbox"/> Oberkörper | <input type="checkbox"/> Unterkörper |
| <input type="checkbox"/> Intimpflege | <input type="checkbox"/> Badelifter | <input type="checkbox"/> Badehocker | <input type="checkbox"/> behindertengerechtes Bad | |



2.5. Mobilität:

- vollständig mobil Gehstock Rollator Rollstuhl
 sturzgefährdet bettlägerig muss gelagert werden
- Hilfsmittel vorhanden? Pflegebett Dekubitusmatratze Hebelifter Badelifter Treppenlift
- kann die Person bei Transfers mithelfen? ja nein

2.6. Ruhe und Schlafen:

- gestörter Tag-/Nachtrhythmus Einschlafprobleme Durchschlafprobleme
 Schlafapnoe (Atemaussetzer) hält gerne Mittagsschlaf
- Sind nächtliche Einsätze nötig? nein ja, circa ____ Mal pro Nacht

2.7. Nahrungsaufnahme:

- Nahrungsalergien: nein ja: _____
- Diätvorschriften: nein ja: _____
 Magensonde
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Selbstständig füttern mundgerecht zubereiten

2.8. Aktuelle Therapien:

- Logopädie Ergotherapie Physiotherapie sonstige Therapien: _____

2.9. Interessen und beliebte Beschäftigungen der zu betreuenden Person:

- Kochen/Backen Musik TV/Radio Gesellschaftsspiele
 Lesen Natur/Tiere Handarbeiten Politik/Geschichte

sonstiges: _____

Hiermit versichere ich, dass die gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind und Änderungen des gesundheitlichen Zustandes, sowie der daraus resultierenden Hilfestellungen umgehend der Sofiapflege mitgeteilt werden. Ich bin damit einverstanden, dass die Sofiapflege die angegebenen Daten zu Beratungszwecken und Angebotserstellung nutzt und dass ich telefonisch / schriftlich kontaktiert werde. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden.

X _____
 Unterschrift Interessent

X _____
 Änderungen akzeptiert