

Informationsbogen

Rund-um-die-Uhr-Betreuung / Alltagsassistentz

Per Fax an:

07531/8104-20

Per Post an:

Malteser Hilfsdienst e.V.
Bezirksgeschäftsstelle
Pflege & Betreuung
Friedrichstrasse 23
78464 Konstanz

Auftraggeber (Kontaktperson):

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

@Mail: _____

Zu betreuende/pflegende Person: (Leistungsempfänger)

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Alter: _____ Gewicht: _____

Pflegestufe: keine Pflegestufe 1 2 3 Härtefall

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? ja nein

Soll der ambulante Pflegedienst weiterhin kommen? ja nein

Welche **Krankheitsbilder** sind bekannt (zum Beispiel Schlaganfall, Parkinson, etc.)?

Pflegeumfang/Tätigkeitsbeschreibung

(zum Beispiel Körperpflege, An- und Ausziehen, hauswirtschaftliche Unterstützung, etc.):

Hilfsmittel - Welche Hilfsmittel werden benötigt?

Brille Hörgerät Vierpunkt-Stock Rollator

Badewannenlift Nachtstuhl Rollstuhl

Sonstige: _____

Hobbies und Interessen der zu betreuenden/pflegenden Person:

Raucher ja nein

Alleinstehend ja nein

Falls nein: wie viele Personen leben im Haushalt? _____

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut/gepflegt werden?

ja nein

Falls ja, Angaben zur zweiten zu betreuende/pflegende Person:

Name: _____

Vorname: _____

Alter: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Pflegestufe: keine Pflegestufe 1 2 3 Härtefall

Welche **Krankheitsbilder** sind bekannt (zum Beispiel Schlaganfall, Parkinson, etc.)?

Pflegeumfang/Tätigkeitsbeschreibung

(zum Beispiel Körperpflege, An- und Ausziehen, hauswirtschaftliche Unterstützung, etc.):

Hilfsmittel - Welche Hilfsmittel werden benötigt?

Brille Hörgerät Vierpunkt-Stock Rollator
 Badewannenlift Nachtstuhl Rollstuhl
 Sonstige: _____

Leben in dem Haushalt der zu betreuenden/pflegenden Person(en) Haustiere?

ja nein

Wenn ja, welche(s): Hund Katze Vogel

sonstiges: _____

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes: _____

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes:

1 Monat

bis 3 Monate

länger als 3 Monate

Beschreibung der Wohnung

Die zu betreuende(n)/pflegebedürftige(n) Person(en) lebt/leben

in einem Haus in einer Wohnung _____ qm/ _____ Zimmer

mit Garten

Kann dem Personal ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden?

ja nein

Anforderung an das Personal

Gewünschte Leistungen:

Hauswirtschaftliche Unterstützung

24-Stunden Betreuung/Pflege

Urlaubsvertretung/Begleitung

Gewünscht wird: Frau Mann

Wie möchten Sie Ihre Rückantwort erhalten?

E-Mail

Telefon

Fax

Post

Haben Sie noch Fragen oder Anregungen?

Ihre Angaben und Informationen werden von uns selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

Vielen Dank für Ihre Anfrage!

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

Malteser

Pflege & Betreuung

TELEFAX (07531) 8104-20