

Pflegefragebogen

Unverbindliche Information zur Anfrage einer Pflege-Betreuung



Wer und wo soll gepflegt werden

Herr ☐ Frau ☐

Vorname, Familienname: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Pflegestufe: 1 2 3 4 5 6 7

Straße/Tür-Nr.: _____

PLZ: _____ Stadt: _____

Telefon (mit Vorwahl): _____

Zu pflegen ist: ☐ 1 Person ☐ Ehepaar

☐ in einem Haus ☐ in einer Wohnung

Die Person lebt ☐ allein ☐ lebt mit Personen im eigenen Haushalt

Die zu pflegende Person ist/hat:

Gehfähig: ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfe

Bettlägrig: ☐ ja ☐ nein

Rollstuhl/Rollator: ☐ ja ☐ nein

Infektiöse Krankheit: ☐ ja ☐ nein

Psychisch beeinträchtigt (Demenz, Alzheimer): ☐ ja ☐ nein

Die zu pflegende Person benötigt:

Inkontinenzversorgung: ☐ ja ☐ nein

Dauerkatheter: ☐ ja ☐ nein

Pflege während der Nacht: ☐ ja ☐ nein

Diät: ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche Diät? _____

Kontaktperson:

Vorname, Familienname: _____

Ab wann wünschen Sie die Pflege: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____