



FRAGEBOBEN - 24 STUNDEN PFLEGE

Ansprechpartner

Anrede: Herr Frau Titel

Vorname: Zuname:

PLZ und Stadt: Anschrift:

Telefon: Telefon Mobil:

Fax: E-Mail:

Verhältnis zur Pflegeperson:

Pflegeperson

Anrede: Herr Frau Titel

Vorname: Zuname:

PLZ und Stadt: Anschrift:

Stockwerk: Telefon:

Gewicht in kg: Geburtsdatum:

Sozialvers. Nr: Krankenkasse:

Hausarzt:

Ist ein Aufzug vorhanden? Ja Nein

Pflegestufe: 1 2 3 4 5 6 7 unbekannt

Benötigte Hilfsmittel

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Insulininjektion | <input type="checkbox"/> Sauerstoff |
| <input type="checkbox"/> Krücken | <input type="checkbox"/> Stomaversorgung |
| <input type="checkbox"/> Magensonde | <input type="checkbox"/> Thromboseinjektion |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Windeln |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Bestehende Erkrankungen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Immobilität |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Parkinson-Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Probleme mit Atmungsorganen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Rückenprobleme/carpal |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Schizophrenie |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allgemeine Beschreibung des Gesundheitszustands:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir in diesem Fragebogen gemachten Angaben von der Dr. Klabuschnigg 24 Stunden Pflege KG elektronisch erfasst, gespeichert und verarbeitet werden.
Ich bestätige, dass alle meine hier gemachten Angaben richtig sind, und ich weiß, dass sich die Dr. Klabuschnigg 24 Stunden Pflege KG auf die Richtigkeit aller von mir gemachten Angaben verlassen wird.
Ich habe den oben stehenden Text gelesen, verstanden, und ich stimme seinem Inhalt zu.

Datum: Unterschrift: