

Mini-Checkliste zur Bedarfserfassung

Zu betreuende Person

Anrede Herr Frau

Vorname, Nachname _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Wohnt die Person alleine? ja nein

Pflegegrad 1 2 3 4 5 Kein Pflegegrad

Größe und Gewicht cm kg

Grunderkrankung _____

Ansteckende Krankheiten ja nein

Bewegung

selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ein-/Durchschlafen

Steht der/die Betreute nachts auf? nein 1 mal 2-3 mal mehr als 3 mal

Ist nachts Hilfe nötig? ja nein

Hauswirtschaftliche Leistungen

ja nein

Anforderungen an den Hausengel

Geschlecht weiblich männlich nicht relevant

Darf der Hausengel rauchen? ja, draußen nein

Ausstattung des Zimmers für den Hausengel

eigenes Bad Bett Schrank Internet

Geplanter Beginn
