



Sie können dieses Formular online ausfüllen und anschließend ausdrucken oder Sie drucken das leere Formular aus und füllen es handschriftlich aus. Nachdem Sie das Formular online oder handschriftlich ausgefüllt haben, senden Sie es bitte per E-Mail an [service@die-perfekte-pflege.de](mailto:service@die-perfekte-pflege.de) oder per Post an Die perfekte Pflege GmbH & Co. KG, Ringstr. 4, 29525 Uelzen.

## Allgemeine Angaben

### Angaben zur Kontaktperson

<input type="radio"/> Frau Anrede		<input type="radio"/> Herr		Vorname	Name	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer				PLZ	Ort	Land	
Telefon	Mobiltelefon	E-Mail			Nationalität	Verwandtschaftsgrad	

### Angaben zur zu pflegenden Person

<input type="radio"/> Frau Anrede		<input type="radio"/> Herr		Vorname	Name	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer				PLZ	Ort	Land	
Größe in cm	Gewicht in kg			<input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> alleinstehend <input type="radio"/> verwitwet Familienstand			

### Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Pflegestufe	Pflegestufe beantragt	Pflege Beginn	Pflege Ende (falls zutreffend)
<input type="radio"/> Wohnung <input type="radio"/> Haus Wohnung oder Haus?	<input type="checkbox"/> ja Lebt eine weitere Person im Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja Gibt es weitere pflegebedürftige Personen im Haushalt?	
Wurde die betreute Person durch eine 24-Stunden-Kraft betreut? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Falls ja: seit wann?  Wie lange?  Wie oft?	

### Krankheitsbilder

Krankheit	Ausprägung (bitte ankreuzen) 0=Nicht vorhanden    10=sehr stark	Kommentare / Anmerkungen
Demenz	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Parkinson	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Dekubitus	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Thrombose	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	



Sprechen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Persönliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	

### Bewegungseinschränkungen

Ist die Pflegeperson bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja
Sollte die Pflegeperson gelagert werden?	<input type="checkbox"/> ja
Kann die Pflegeperson bei Lagerung mithelfen?	<input type="checkbox"/> ja
Braucht die Pflegeperson Hilfe beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl?	<input type="checkbox"/> ja
Arbeitet die Pflegeperson beim Transfer mit?	<input type="checkbox"/> ja

### Benötigte Hilfsmittel für Transport?

Hilfsmittel	(bitte ankreuzen) 0=Nicht benötigt 10=sehr stark	Kommentare / Anmerkungen
Stock	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Pflegebett	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Rollstuhl	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Antidekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Rollator	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Treppenlift	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Transferlifter	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	

### Inkontinenz

	(bitte ankreuzen) 0=Keine 10=sehr stark
Urin-Inkontinenz?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
Stuhl-Inkontinenz?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
Ist Hilfe bei Toilettenbenutzung erforderlich?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10

### Benötigte Hilfsmittel für Inkontinenz?

Hilfsmittel	(bitte ankreuzen) 0=Nicht benötigt 10=sehr stark	Kommentare / Anmerkungen
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Windeln	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Suprapubischer	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Katheter	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Urinflasche	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	

Vorlagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Sonstige	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

### Pflegedienst und Nacht

Notrufsystem erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja
Kommt bereits ein ambulanter Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> ja
Falls nein, wurde ein Pflegedienst beauftragt?	<input type="checkbox"/> ja
	(bitte ankreuzen)
	0=keine Hilfe benötigt <span style="margin-left: 100px;">10=umfassende Hilfe benötigt</span>
Einschlafen?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
Durchschlafen?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
Wie oft wird Hilfe in der Nacht benötigt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 Mal pro Nacht

### Haushalt und Wohnsituation

Unterbringung des Pflegers möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflege per Besuch möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Der Wohnort ist eine:	<input type="checkbox"/> Großstadt <input type="checkbox"/> Kleinstadt <input type="checkbox"/> Dorf
Einkaufsmöglichkeiten vor Ort sind zu Fuß erreichbar in:	<input type="checkbox"/> ca. 10 Min. <input type="checkbox"/> ca. 20 Min. <input type="checkbox"/> ca. 40 Min. <input type="checkbox"/> ca. 60 Min. <input type="checkbox"/> > 1 Std.
Die Betreuungskraft hat ein(e):	<input type="checkbox"/> eigenes Zimmer <input type="checkbox"/> eigene Wohnung
Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft:	<input type="checkbox"/> Eigenes Bad <input type="checkbox"/> Eigenes Bett <input type="checkbox"/> Tisch <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Schrank <input type="checkbox"/> Internetzugang <input type="checkbox"/> Telefonflatrate nach Polen möglich <input type="checkbox"/> Internetzugang beantragt* *dringend empfohlen, falls nicht vorhanden
Leben Haustiere im Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja: welche?  Sollen diese mitversorgt werden?
Soll die Betreuungskraft einkaufen / kochen / das Essen vorbereiten?	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> nie
Soll die Betreuungskraft Wäsche waschen / bügeln?	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> nie
Soll die Betreuungskraft bei Arzt- und Apothekenbesuchen begleiten?	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> nie
Gibt es eine Haushaltshilfe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja: wie oft in der Woche?

### Gibt es eine Tagesstruktur?

Morgens:	
Vormittags:	
Mittags:	
Abends:	
Nachts:	

### Betreuer Vorgabe

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Mann <input type="radio"/> Egal <i>Geschlecht</i>	<input type="radio"/> erforderlich <input type="radio"/> Nicht erforderlich <input type="radio"/> Egal <i>Führerschein</i>	<input type="radio"/> Nur Nicht-raucher <input type="radio"/> Raucher akzeptabel <input type="radio"/> Egal <i>Raucher</i>
---	---	---

Monatliches Budget?	
---------------------	--

### Benötigte Sprachkenntnisse

Sprache	<i>Ausprägung (bitte ankreuzen)</i> 0=Keine Kenntnisse 10=Muttersprache	
Deutsch	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Englisch	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	

Wie sind Sie auf Die perfekte Pflege aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Familie / Bekannte <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Flyer <input type="checkbox"/> Fahrzeugwerbung <input type="checkbox"/> Plakatwerbung <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstiges* <i>*bitte kurz beschreiben</i>
---	---

Wo sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	
--	--

Haben Sie Fragen oder Anregungen?	
-----------------------------------	--