

Erhebungsbogen

Delegating-Healthcare-Projects

Zutreffendes bitte ankreuzen
Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Antragsteller/Ansprechpartner

Name

Vorname

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

Auftraggeber

Name

Anschrift

Abteilung

Träger: öffentlich privat

DIE FAMILIENAGENTUR GmbH • Walter-Kolb-Straße 1-7 • 60594 Frankfurt am Main
Telefon +49(0)69 219 350 90 • Telefax +49(0)69 219 350 920
E-Mail info@diefamilienagentur.com • Internet www.diefamilienagentur.com
Geschäftsführung: Sabrina Kubis • Sitz: Frankfurt am Main HRB 81822

Stellenbeschreibung

Anzahl der Mitarbeiter im Team:	Welche Stellen?
Einsatzbeginn ab:	Voraussichtlicher Einsatzdauer:
Ausübungsort:	Arbeitszeit:
Dienstleistungskosten in Euro pro Monat:	Sonderzahlungen:
Zusätzliche Leistungen (z.B. freie Unterkunft, Verpflegung):	
Leistungsbereich (wird im Angang zum Erhebungsbogen genau erfasst)	

Anforderungen an das Team:

Fachliche Anforderungen (Qualifikationen, berufliche Erfahrung, Praktika etc.)	
--	--

Persönliche Anforderungen	
----------------------------------	--

Zusätzliche Anforderungen

Sprachen	gut	mittel	Grundstufe
Deutsch			
Englisch			
Französisch			
andere			

	ja	nein
EDV Kenntnisse		
Führerschein		

Sonstige Anmerkungen

--

Folgende Leistungen werden im Verlauf der Vertragsgültigkeit erbracht

		ja	nein
A	Körperpflege		
1	An- und Auskleiden (Vorbereitung individueller Kleidung, Hilfe beim An- und Auskleiden)		
	a) An- und Ausziehen von Stützstrümpfen		
	b) An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen		
	c) Hilfsmittel wie Brillen, Hörgeräte anlegen		
2	Augen-, Ohren- und Nasenpflege		
3	Nagelpflege		
4	Mund-, Zahn- und/oder Prothesenpflege		
5	Rasieren und Kämmen		
6	Körperwäsche (Duschen, Baden, am Waschbecken, im Bett)		
7	Haarpflege (unter der Dusche, im Bett mit Waschsystem)		
8	Intimwäsche		
9	Hautpflege und Hautbeobachtung, Prophylaktische Maßnahmen nach Pflegeplanung		
10	Bedienung von Hilfsmittel wie Badewannenlifter		
B	Ausscheidung		
1	Hilfe beim Aufsuchen der Toilette		
2	Transfer vom Rollstuhl zur Toilette		
3	Hilfe bei der Ausscheidung (Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum und Mageninhalt)		
	a) Hilfe beim Gebrauch von Toilettenstuhl, Urinflasche, Bettpfanne, Steckbecken		
	b) Verwendung von Inkontinenzmaterial		
	c) Katheterpflege		
4	Toilettraining		
5	Intimpflege nach dem Toilettengang		
C	Vitalzeichenkontrolle		
1	Blutdruck		
2	Puls		
3	Körpertemperatur		
4	Atmung		
5	Bewusstsein		
6	Schmerz		
D	Bewegung		
1	Begleiten bei Aktivitäten draußen (Spaziergänge, Ausflüge)		
2	Hilfe beim Auf- und Absteigen der Treppen		
3	Hilfe beim Bewegen im Bett (zur Seite, nach oben, nach unten)		
4	Hilfe beim Aufsetzen auf die Bettkante und beim Hinlegen		
5	Unterstützung bei der Fortbewegung zwischen den Räumen (mit Rollstuhl, Gehen)		
6	Unterstützung beim Transfer (aus dem Bett, in das Bett, von Stuhl zu Stuhl, vom Sitzen zum Stehen, usw.)		
7	Bewegungsförderung, Prophylaktische Bewegungsübungen nach Pflegeplanung		
8	Bedienung von Personlifter		
		ja	nein

E	Lagerung		
1	Prophylaktische Lagerung des Patienten nach Pflegeplan (im Sitzen und im Liegen)		
2	Verwendung von Hilfsmitteln (zum Bsp. Lagerungsrollen)		
F	Ernährung		
1	Zubereitung von Mahlzeiten		
2	Mundgerechte Zubereitung von Speisen		
3	Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme		
4	Überwachung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme		
G	Hauswirtschaftliche Versorgung		
1	Bett machen, vollständiges Ab- und Beziehen des Bettes		
2	Einkaufen		
3	Müllentsorgung		
4	Mahlzeitenzubereitung (auch diätische Kost)		
5	Wäschepflege		
6	Reinigung der Räumlichkeiten		
7	Geschirr spülen		
8	Umgang mit Desinfektionsmitteln		
H	Kommunikation		
1	Gespräche führen		
2	Pflegen sozialer Kontakte		
3	Beschäftigung, Betreuung, Tagesgestaltung		
I	Pflegeprozessdokumentation		
1	Durchführungskontrollen		
2	Pflegebericht		
3	Bilanzierung		

X

Ort, Datum

X

Ort, Datum

X

Auftragnehmer

X

Auftraggeber