

Klientenauskunft

AuftragsbearbeiterIn _____
 Datum _____
 Wie haben Sie von uns erfahren? _____

Beginn der Betreuungstätigkeit _____

Auftraggeber(In)

Name	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	

Klient(In)/Patient(In)

1. Klient(In) Hauptklient(In)

2. Klient(In)

Name		
Adresse		
Telefonnummer		
Alter		
Gewicht		
Haustiere		
Krankheit		
Allergien		
Pflegestufe		

Pflegetransferbericht

Förderansuchen andere Agentur?

Ja	Nein
Ja	Nein

JA - vorhanden Nein - nicht vorhanden

Anforderungen:

- Bettlegerig
- Rollstuhl
- Kann gehen
- Nachts mit Klient(In) aufstehen
- Klient(In) waschen
- Klient(In) wickeln
- Klient(In) anziehen
- Klient(In) heben
- Medikamente verabreichen
- Wunden verbinden
- Insulin spritzen
- Haushalt führen
- Kochen

JA	Nein

JA - erforderlich
 Nein - nicht erforderlich

JA	NEIN

Betreuer(In)

Deutschkenntnisse

weiblich	männlich	nicht relevant
SGD	MGD	WD/KD

Führerschein

Nichtraucher(In)

Kroatische/Rumänische BK

Ja	Nein	nicht relevant
Ja	Nein	nicht relevant
Kroatisch	Rumänisch	nicht relevant

Bemerkungen:

Änderungen satz,- und Druckfehler vorbehalten.

Bei jeglicher Statusänderung bitten wir Sie, diese uns per Mail oder Telefon bekanntzugeben!