



www.euro-care.info

EURO-CARE s.r.o.

Ul. Vojtecha Tvrdeho 12, 010 01 Žilina

Tel. +49 (0)180 5382273

Fax +49 (0)3212 5382273

info@euro-care.info

Checkliste für den Pflegepersonaleinsatz:

Kontaktpersonen:

Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Tel./Mob:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>

Zu pflegende Personen: Familienstand: allein stehend Ehepaar

1. Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Tel./Mob:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
Diagnosen:	<input type="text"/>
(Pflegerrelevant)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Allergien:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
welche:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Raucher:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Pflegestufe:	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Größe:	<input type="text"/>
Gewicht:	<input type="text"/>
Wohnsituation:	<input type="text"/>
(Haus / Wohnung usw.)	<input type="text"/>

2. Name:

Vorname:

Diagnosen:

(Pflegerrelevant)

Allergien:

ja nein

welche:

Raucher:

ja nein

Sonstiges:

Pflegestufe:

0 1 2 3 Härtefall

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Hilfsmittel:

(Rollstuhl, Lifter, Pflegebett)

Hausarzt / Facharzt:

1. Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Tel./Mob:

Fax:

2. Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Tel./Mob:

Fax:

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: 1 Mon. bis 3 Mon. länger als 3 Mon.

Anforderung an das Pflegepersonal: Frau Mann egal

Hauswirtschaftskraft Altenbetreuer/in

Fachkraft Pflegehilfskraft

Sprachkenntnisse deutsch:

unwichtig (keine Kenntnisse erforderlich) Grundkenntnisse (Hilfsmittel Wörterbuch)

Begleitung bei Arztbesuchen erwünscht: ja nein
(Bitte sprachliche Einschränkungen beachten)

Ist weitere ambulante Pflege notwendig: ja nein

welcher Art:

weitere besondere Anforderungen an das Pflegepersonal:

(z.B. kräftige Pflegeperson, da schwergewichtiger Patient, sollte kochen können, ...etc.)

Unterkunft vorhanden: ja nein (separates Zimmer ist erforderlich)

Verpflegung möglich: ja nein (Mitverpflegung im Haushalt)

Gartenarbeit (leichte): ja nein

Haustier zu pflegen: ja nein

welches: Hund Katze Vogel sonstiges

(sonstiges bitte beschreiben)

Hobbys:

(z. B. Schachspieler, geht gern spazieren, liest gern, Fußballfan, Opernfan ... etc.)

Führerschein: ja nein (meist mit eingeschränkter Fahrpraxis)

Wir weisen darauf hin, dass Chauffeurdienste oder andere Fahrten durch die von uns eingesetzten Kräfte nicht zum Vertragsgegenstand werden. Für Schäden, gleich welcher Art, die durch die Nutzung der von Ihnen bereitgestellten Fahrzeuge entsteht wird keine Haftung durch die EURO-CARE s.r.o. übernommen.

Gewünschter Pflegebeginn:

Die Checkliste ist kein Vertrag oder Bestandteil eines Vertrages. Sie ist nur zur Erhebung von Informationen für die Abwicklung von Aufträgen bereitgestellt. Bitte senden Sie uns auch das entsprechende Auftragsformular zu.

Datum / Unterschrift: