



Fragebogen

Anfrage durch:

| | | | |
|----------------------------------|----------------------|----------|----------------------|
| Nachname: | <input type="text"/> | Vorname: | <input type="text"/> |
| Straße/Nr.: | <input type="text"/> | PLZ/Ort: | <input type="text"/> |
| Telefon: | <input type="text"/> | Handy: | <input type="text"/> |
| Am besten erreichbar (Tageszeit) | <input type="text"/> | | |
| Fax: | <input type="text"/> | E-Mail: | <input type="text"/> |

Ich suche eine Betreuung für: Einzelperson Ehepaar / zwei Personen

Verwandtschaftliches Verhältnis zu/r pflegebedürftigen Person/en:

Ab wann soll die Betreuung stattfinden: schnellstmöglich oder ab dem

Beschreibung der Wohnsituation und der Unterkunft für die Betreuungskraft: (Lage, Größe, Ausstattung etc.)

Wohnen noch andere Personen im Haushalt: ja nein Falls ja, wer:

Falls ja, sollen diese hauswirtschaftlich mitversorgt werden: ja nein

Sind Haustiere vorhanden: ja nein Falls ja, sollen diese mitversorgt werden: ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

- durch Empfehlung (von Frau/Herrn)
- Flyer bzw. Faltblatt (überreicht durch Frau/Herrn)
- Anzeige (in folgender Zeitung)
- Internet (Suchmaschine oder Anzeige)

Dieser Fragebogen dient als Leistungsbeschreibung für den Dienstleister, er ist Bestandteil eines abzuschließenden Dienstleistungsvertrages.

(Datum, Unterschrift)

Anforderungen an die Betreuungskraft:

Ich wünsche: weibliche Betreuung männliche Betreuung Ehepaar egal

Sprachkenntnisse: Ich wünsche eine Betreuungskraft mit folgenden Deutschkenntnissen:

- Ausreichend ! das Verstehen der deutschen Sprache ist ausreichend, das flüssige Sprechen fällt schwer
- Mittel ! das Verstehen der Sprache ist gut, das Sprechen ausreichend
- Gut! das Verstehen der Sprache ist gut, das Sprechen ebenfalls (Bitte beachten Sie, dass hier die Vermittlung länger dauern kann)

Details, die für die Betreuung von Bedeutung sind: Wünsche an die Qualifikation und Eigenschaften der Betreuungskraft: (Beschreibung der Wesensart, z.B. kräftige Person, Nichtraucher, evt. Hobbys, etc.)

Fallen regelmäßige Nachteinsätze an: (z. B. Toilettengänge) ja nein

Falls ja, bitte ungefähre Häufigkeit der Nachteinsätze angeben:

Wie wird der Freizeitausgleich geregelt: (z.B. 1!2 Tage / Woche frei, 2!3 Stunden / Tag o. ä.)

Darf die Betreuungskraft vom Haustelefon aus anrufen?

- Ja, wir übernehmen die Kosten bis max. € / Monat
- Ja, aber die Kosten soll die Betreuungskraft selbst übernehmen.
- Nein

(Informationen über günstige Verbindungen und Telefonflatrate erhalten Sie bei uns.)

Sonstige Mitteilung:

1. Betreuungsbedürftige Person:

| | | | |
|---------------|----------------------|---------|----------------------|
| Nachname | <input type="text"/> | Vorname | <input type="text"/> |
| Straße /Nr. | <input type="text"/> | PLZ/Ort | <input type="text"/> |
| Telefon | <input type="text"/> | | |
| Geburtsdatum | <input type="text"/> | | |
| Körpergröße | <input type="text"/> | | |
| Körpergewicht | <input type="text"/> | | |

Folgende Erkrankungen, Einschränkungen liegen vor, die für die Betreuung von Bedeutung sind: (Bei Demenz- oder Alzheimerpatienten bitte erläutern, wie sich die Krankheit äußert, ggf. Schweregrad angeben)

Pflegestufe / Pflegedienst:

Pflegestufe: 1 2 3 keine beantragt

Ist ein Pflegedienst beauftragt: ja Häufigkeit: nein

Pflegedienst soll weiterhin kommen ja, wie bisher ja, aber eingeschränkt nein

Welche Tätigkeiten führt der Pflegedienst aus bzw. würden weiterhin vom Pflegedienst ausgeführt:

Betreuungsaufwand:

| | | |
|-------------------------|--|--|
| An-/ Auskleiden | Alleine möglich <input type="checkbox"/> | mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/> |
| Körperhygiene / Waschen | Alleine möglich <input type="checkbox"/> | mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/> |
| Toilette | Alleine möglich <input type="checkbox"/> | mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/> |
| | Urininkontinenz <input type="checkbox"/> | Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> |
| Gehen / Stehen | Alleine möglich <input type="checkbox"/> | mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsaufnahme | Alleine möglich <input type="checkbox"/> | mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/> |
| Nahrungszubereitung | komplette Übernahme erwünscht <input type="checkbox"/> | nur Unterstützung erwünscht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Einkäufe | komplette Übernahme erwünscht <input type="checkbox"/> | nur Unterstützung erwünscht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Haushaltsführung: | komplette Übernahme erwünscht <input type="checkbox"/> | nur Unterstützung erwünscht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

Beliebte Interessen, Beschäftigungen und Hobbys der zu betreuenden Person sind:

Sonstige Besonderheiten im Umgang mit der zu betreuenden Person: (z.B. ungeduldig, ängstlich, ruhig, usw.)

2. Betreuungsbedürftige Person:

| | | | |
|---------------|----------------------|---------|----------------------|
| Nachname | <input type="text"/> | Vorname | <input type="text"/> |
| Straße /Nr. | <input type="text"/> | PLZ/Ort | <input type="text"/> |
| Telefon | <input type="text"/> | | |
| Geburtsdatum | <input type="text"/> | | |
| Körpergröße | <input type="text"/> | | |
| Körpergewicht | <input type="text"/> | | |

Folgende Erkrankungen, Einschränkungen liegen vor, die für die Betreuung von Bedeutung sind:

(Bei Demenz- oder Alzheimerpatienten bitte erläutern, wie sich die Krankheit äußert, ggf. Schweregrad angeben)

Pflegestufe: 1 2 3 keine beantragt

Ist ein Pflegedienst beauftragt: ja Häufigkeit: nein

Pflegedienst soll weiterhin kommen ja, wie bisher ja, aber eingeschränkt nein

Welche Tätigkeiten führt der Pflegedienst aus bzw. würden weiterhin vom Pflegedienst ausgeführt:

Betreuungsaufwand:

| | | | | |
|-------------------------|--|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| An-/ Auskleiden | Alleine möglich <input type="checkbox"/> | mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/> | | |
| Körperhygiene / Waschen | Alleine möglich <input type="checkbox"/> | mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/> | | |
| Toilette | Alleine möglich <input type="checkbox"/> | mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/> | | |
| | Urininkontinenz <input type="checkbox"/> | Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> | Katheter <input type="checkbox"/> | |
| Gehen / Stehen | Alleine möglich <input type="checkbox"/> | mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/> | Rollstuhl <input type="checkbox"/> | bettlägerig <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsaufnahme | Alleine möglich <input type="checkbox"/> | mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/> | | |
| Nahrungszubereitung | komplette Übernahme erwünscht <input type="checkbox"/> | nur Unterstützung erwünscht <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| Einkäufe | komplette Übernahme erwünscht <input type="checkbox"/> | nur Unterstützung erwünscht <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| Haushaltsführung: | komplette Übernahme erwünscht <input type="checkbox"/> | nur Unterstützung erwünscht <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |

Beliebte Interessen, Beschäftigungen und Hobbys der zu betreuenden Person sind:

Sonstige Besonderheiten im Umgang mit der zu betreuenden Person: (z.B. ungeduldig, ängstlich, ruhig, usw.)