



FRAGEBOGEN DRUCKVERSION

Dieser Fragebogen ist unverbindlich, dient jedoch bei Zustandekommen eines Dienstleistungsvertrages als Leistungsbeschreibung für den Dienstleister und ist Bestandteil des Dienstleistungsvertrages.

ANFRAGE DURCH:

Vorname _____ Nachname _____

Straße / Hausnr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ Fax _____

Mobilnr. _____ E-Mail _____

(Verwandschaftliches) Verhältnis zum Pflegebedürftigen: _____

Betreuung soll stattfinden: schnellstmöglich noch ungewiss oder ab dem: _____

1. BETREUUNGSBEDÜRFTIGE PERSON:

Vorname _____ Nachname _____

Straße / Hausnr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ Geburtsdatum _____
(dient ausschließlich zur Kontaktaufnahme NACH Anreise einer Betreuungskraft)

Körpergröße _____ Körpergewicht _____

Darf Tel.nr. nach Vertragsunterzeichnung an potenzielle Betreuungskräfte weitergegeben werden? ja nein

FOLGENDE ERKRANKUNGEN LIEGEN VOR:

<input type="checkbox"/> Demenz /Alzheimer	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Erinnerung eingeschränkt	<input type="checkbox"/> in Therapie		<input type="checkbox"/> beginnend
<input type="checkbox"/> Desorientierung	<input type="checkbox"/> nicht (mehr) therapierbar		<input type="checkbox"/> fortgeschritten
<input type="checkbox"/> motorische Unruhe			
<input type="checkbox"/> Weglauftendenz			
<input type="checkbox"/> aggressive Phasen			
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> beginnend	<input type="checkbox"/> keine Folgeschäden	<input type="checkbox"/> insulinpflichtig	
<input type="checkbox"/> fortgeschritten	<input type="checkbox"/> folgende Folgeschäden:	<input type="checkbox"/> medikamentös eingestellt	
		
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheit	<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Behandlung mit Marcumar	<input type="checkbox"/> in Behandlung (z.B. Salben)
	<input type="checkbox"/> unbehandelt

FOLGENDE BEHINDERUNGEN/ EINSCHRÄNKUNGEN LIEGEN VOR:

<input type="checkbox"/> Urininkontinenz vorhanden ist / sind: <input type="checkbox"/> Inkontinenzeinlagen <input type="checkbox"/> Seniorenwindeln <input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> künstlicher Darmausgang	<input type="checkbox"/> Bettlägerigkeit <input type="checkbox"/> Mobilisierung möglich <input type="checkbox"/> Mobilisierung nicht möglich	<input type="checkbox"/> Sonstige Einschränkungen <input type="checkbox"/> Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung <input type="checkbox"/> Sehbehinderung
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOLGENDE HILFSMITTEL SIND VORHANDEN:

Gehstock
 Rollator
 Rollstuhl
 Pflegebett
 Toilettenstuhl
 Treppenlift
 Badewannenlift

Anmerkung oder weitere Hilfsmittel:.....

ZUSATZINFORMATIONEN

Sonstige Besonderheiten im Umgang mit dem zu Betreuenden: (z.B. ungeduldig, ängstlich, ruhig, etc.)

.....
.....

Interessen und Hobbys des zu Betreuenden:

Pflegestufe: keine 0 1 2 3 3+ Pflegestufebeantragt

Ist zurzeit ein Pflegedienst beauftragt: ja nein nein, aber wird noch beauftragt

Falls ja, welche Tätigkeiten führt der Pflegedienst aus und wie häufig:

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

Falls ja, welche Tätigkeiten wird der Pflegedienst in Zukunft ausführen und wie häufig:

.....

Welche Personen / Dienste werden weiterhin zur Unterstützung in Anspruch genommen:

Putzhilfe
 Gärtner
 "Essen auf Rädern"
 weitere:.....

BETREUUNGSAUFGABEN:

- Konversation, Unterstützung bei Freizeitgestaltung und Hobbys
- Mobilitätsunterstützung (z.B. Hilfe beim Gehen, Spaziergänge)
- Lagern im Bett oder Rollstuhl
- Anwesenheit / Rufbereitschaft in der Nacht für Notfälle
- Behandlungspflege (nur examinierte Krankenschwester)

sonstige gewünschte Leistungen:

Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> alleine möglich <input type="checkbox"/> mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/> Sondenernährung	An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> alleine möglich <input type="checkbox"/> teilweise Hilfe erforderlich <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe möglich	Körperpflege <input type="checkbox"/> alleine möglich <input type="checkbox"/> teilweise Hilfe erforderlich <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe möglich	Toilettengänge <input type="checkbox"/> alleine möglich <input type="checkbox"/> teilweise Hilfe erforderlich <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe möglich
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fallen Nachteinsätze an: ja nein **Falls ja, ungefähre Häufigkeit und Tätigkeit:**.....

Soll eine zweite im Haushalt lebende pflegebedürftige Person betreut werden: ja nein

2. BETREUUNGSBEDÜRFTIGE PERSON:

(Falls nicht vorhanden, bitte bei Frage „Folgende hauswirtschaftliche Tätigkeiten sollen übernommen werden“ S.4 fortsetzen)

Vorname..... Nachname

Geburtsdatum Körpergröße Körpergewicht.....

FOLGENDE ERKRANKUNGEN LIEGEN VOR:

<input type="checkbox"/> Demenz /Alzheimer <input type="checkbox"/> Erinnerung eingeschränkt <input type="checkbox"/> Desorientierung <input type="checkbox"/> motorische Unruhe <input type="checkbox"/> Weglauftendenz <input type="checkbox"/> aggressive Phasen	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> in Therapie <input type="checkbox"/> nicht (mehr) therapierbar	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> beginnend <input type="checkbox"/> fortgeschritten
<input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> beginnend <input type="checkbox"/> fortgeschritten	<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> keine Folgeschäden <input type="checkbox"/> folgende Folgeschäden:	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> insulinpflichtig <input type="checkbox"/> medikamentös eingestellt	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Behandlung mit Marcumar	<input type="checkbox"/> Hauterkrankung <input type="checkbox"/> in Behandlung (z.B. Salben) <input type="checkbox"/> unbehandelt	<input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheit	<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen

FOLGENDE BEHINDERUNGEN/ EINSCHRÄNKUNGEN LIEGEN VOR:

<input type="checkbox"/> Urininkontinenz vorhanden ist / sind: <input type="checkbox"/> Inkontinenzeinlagen <input type="checkbox"/> Seniorenwindeln <input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> künstlicher Darmausgang	<input type="checkbox"/> Bettlägerigkeit <input type="checkbox"/> Mobilisierung möglich <input type="checkbox"/> Mobilisierung nicht möglich	<input type="checkbox"/> Sonstige Einschränkungen <input type="checkbox"/> Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung <input type="checkbox"/> Sehbehinderung
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOLGENDE HILFSMITTEL SIND VORHANDEN:

Gehstock Rollator Rollstuhl Pflegebett Toilettenstuhl Treppenlift Badewannenlift

Anmerkung oder weitere Hilfsmittel:.....

ZUSATZINFORMATIONEN

Sonstige Besonderheiten im Umgang mit dem zu Betreuenden: (z.B. ungeduldig, ängstlich, ruhig, etc.)

.....
.....

Interessen und Hobbys des zu Betreuenden:

Pflegestufe: keine 0 1 2 3 3+ Pflegestufebeantragt

Ist zurzeit ein Pflegedienst beauftragt: ja nein nein, aber wird noch beauftragt

Falls ja, welche Tätigkeiten führt der Pflegedienst aus und wie häufig:

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

Falls ja, welche Tätigkeiten wird der Pflegedienst in Zukunft ausführen und wie häufig:

BETREUUNGSAUFGABEN:

- Konversation, Unterstützung bei Freizeitgestaltung und Hobbys
- Mobilitätsunterstützung (z.B. Hilfe beim Gehen, Spaziergänge)
- Lagern im Bett oder Rollstuhl
- Anwesenheit / Rufbereitschaft in der Nacht für Notfälle
- Behandlungspflege (nur examinierte Krankenschwester)

- sonstige gewünschte Leistungen:

Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> alleine möglich <input type="checkbox"/> mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/> Sondenernährung	An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> alleine möglich <input type="checkbox"/> teilweise Hilfe erforderlich <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe möglich	Körperpflege <input type="checkbox"/> alleine möglich <input type="checkbox"/> teilweise Hilfe erforderlich <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe möglich	Toilettengänge <input type="checkbox"/> alleine möglich <input type="checkbox"/> teilweise Hilfe erforderlich <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe möglich
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fallen Nachteilsätze an: ja nein Falls ja, ungefähre Häufigkeit und Tätigkeit:.....

FOLGENDE HAUSWIRTSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN SOLLEN ÜBERNOMMEN WERDEN:

Einkaufen <input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> nur Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme	Kochen, Essenszubereitung <input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> nur Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme	Reinigung der Wohneinheit <input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> nur Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme	Wäscheversorgung <input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> nur Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Botengänge (z.B. Rezept holen) <input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> nur Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme	Leichte Gartentätigkeiten (z.B. Laub, Schnee kehren /jedoch keine Gartenarbeit wie Rasenmähen, Baumschnitt usw.) <input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> nur Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme	Versorgung von Pflanzen <input type="checkbox"/> nicht nötig <input type="checkbox"/> nur Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme	Versorgung von Haustieren <input type="checkbox"/> keine vorhanden <input type="checkbox"/> nur Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme Welches Haustier:

BESCHREIBUNG DER WOHSITUATION:

Wohnort <input type="checkbox"/> Stadt <input type="checkbox"/> ländlich bzw. Dorf Einwohnerzahl (ca.) Falls ländlich, Entfernung zur nächst größeren Stadt:km	Wohneinheit ist <input type="checkbox"/> eine Wohnung <input type="checkbox"/> ein Haus Wieviel qm (ca.):	Garten vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Einkaufsmöglichkeiten bis ca. 1km <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verkehrsmittel zur Einkaufsmöglichkeit: <input type="checkbox"/> mit Fahrrad <input type="checkbox"/> mit Bus/Bahn <input type="checkbox"/> mit Auto oder <input type="checkbox"/> Einkäufe werden von Angehörigen, Nachbarn etc. übernommen
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wohnen noch andere Personen im Haushalt, außer den bereits genannten zu Betreuenden:

ja nein falls ja, wer (Name/Verhältnis zum Betreuungsbedürftigen):.....

Falls ja, sollen diese hauswirtschaftlich mitversorgt werden: ja nein

UNTERKUNFT FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT (Bitte beachten: Die der Betreuungskraft zur Verfügung gestellte Unterkunft muss separat und abschließbar sein)

Zimmergröße: ca.....qm Ausstattung: separates WC sep. Bad sep. Küche TV Radio/Musikanlage

Zusatzinformation zur Wohnsituation / Unterkunft:

Darf die Betreuungskraft das Haustelefon für private Telefonate nutzen:

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

Telefon-Flatrate (unbegrenztes Telefonieren zum Festpreis):

- nein, keine Flatrate vorhanden, wird nicht eingerichtet
- ja, es besteht bereits eine Flatrate ins deutsche Festnetz
- ja, es besteht bereits eine Flatrate ins EU-Festnetz
- kann eingerichtet werden

(Info: Beispiel-Tarif „CountryFlat1“ der Telekom ins EU-Ausland ca. 4€/Monat.)

Besteht ein Internetzugang, den die Betreuungskraft nutzen kann:

- nein
- ja, ein Gastzugang wird eingerichtet

ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUUNGSKRAFT / DEN DIENSTLEISTER:

Ich wünsche:

- weibliche Betreuung
- männliche Betreuung
- egal

Alter

- egal
- bis 35
- 35-45
- 45-55
- 55+

Nichtraucher

- ja, unbedingt Nichtraucher
- Rauchen nur draußen möglich
- egal

Führerschein:

- ja
- gerne, aber keine Voraussetzung
- nicht nötig

Gewünschte Konstitution und/ oder Charaktereigenschaften (z.B. kräftig, geduldig, ruhig, selbstbewusst, kommunikativ etc.)

.....

.....

.....

.....

Deutschkenntnisse:

- sind nicht wichtig
- einfache Grundkenntnisse reichen (d.h. das Verstehen der deutschen Sprache sollte ausreichend sein, das Sprechen in Worten möglich)
- erweiterte Grundkenntnisse sind wünschenswert (das Verstehen ist gut, das Sprechen sollte für eine einfache Unterhaltung ausreichen)
- sind wichtig (das Verstehen und Sprechen der deutschen Sprache sollte gut sein)

(Bitte beachten Sie: bei Wunsch guter Deutschkenntnissen kann die Vermittlung je nach Verfügbarkeit länger dauern sowie der Preis höher ausfallen)

Der Betreuungskraft werden folgende Freizeitregelungen angeboten:

- stundenweise täglich (ca. 2 Stunden, z.B. während der Mittagspause)
- ein freier Tag oder zwei halbe Tage in der Woche nach Absprache
- wird individuell geregelt

(Bitte beachten: Sollte ein Freizeitausgleich nicht möglich sein, wird der Freizeitausfall stattdessen stundenweise in Rechnung gestellt)

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN:

- durch Empfehlung (Name oder Institution
- Flyer bzw. Faltblatt überreicht durch (Name oder Institution
- Anzeige (in
- Internet (Suchmaschine oder Anzeige
- Messe (welche.....)
- weiß ich nicht mehr

(Datum, Unterschrift)