



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:

Pflegegrad: kein 1 2 3 4 5 Pflegegradbeantragt

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 Nachteilsätze 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:

Pflegegrad: kein 1 2 3 4 5 Pflegegradbeantragt

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

- alleine möglich
- mit Hilfe möglich
- Sondenernährung

An- und Auskleiden

- alleine möglich
- teilweise Hilfe erforderlich
- nur mit Hilfe möglich

Körperpflege

- alleine möglich
- teilweise Hilfe erforderlich
- nur mit Hilfe möglich

Toilettengänge

- alleine möglich
- teilweise Hilfe erforderlich
- nur mit Hilfe möglich

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

FOLGENDE HAUSWIRTSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN SOLLEN ÜBERNOMMEN WERDEN:

Einkaufen

- nicht nötig
- nur Unterstützung
- komplette Übernahme

Kochen, Essenszubereitung

- nicht nötig
- nur Unterstützung
- komplette Übernahme

Reinigung der Wohneinheit

- nicht nötig
- nur Unterstützung
- komplette Übernahme

Wäscheversorgung

- nicht nötig
- nur Unterstützung
- komplette Übernahme

Botengänge (z.B. Rezept holen)

- nicht nötig
- nur Unterstützung
- komplette Übernahme

Leichte Gartentätigkeiten (z.B. Laub, Schnee kehren /jedoch keine Gartenarbeit wie Rasenmähen, Baumschnitt usw.)

- nicht nötig
- nur Unterstützung
- komplette Übernahme

Versorgung von Pflanzen

- nicht nötig
- nur Unterstützung
- komplette Übernahme

Versorgung von Haustieren

- keine vorhanden
- nur Unterstützung
- komplette Übernahme

Welches Haustier:

BESCHREIBUNG DER WOHSITUATION:

Wohnort

- Stadt ländlich bzw. Dorf

Einwohnerzahl (ca.)

Falls ländlich, Entfernung zur nächst größeren Stadt:.....km

Wohneinheit ist

- eine Wohnung
- ein Haus

Wieviel qm (ca.):.....

Garten vorhanden

- ja
- nein

Einkaufsmöglichkeiten bis ca. 1km

- ja nein

Verkehrsmittel zur Einkaufsmöglichkeit:

- mit Fahrrad mit Bus/Bahn mit Auto oder
- 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 (unbegrenzt 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

Im Rahmen dieses Fragebogens stellen Sie uns personenbezogene Daten zur Verfügung. Wir werden diese Daten ausschließlich für die Bearbeitung der Anfrage und Angebotserstellung verwenden. Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://abona24.de/impresum.html>

- Zur Weitergabe der personenbezogenen Daten bin ich bevollmächtigt.
- In die Verarbeitung der personenbezogenen Daten meiner Anfrage willige ich ein.

(Datum, Unterschrift)