



Fragebogen

Anfrage durch:

Ihr Name:

Straße/Nr.:

Telefon:

Fax:

PLZ/Ort:

Mobil:

E-Mail:

Am besten erreichbar (Tageszeit):

Ich suche eine Betreuung für:

Einzelperson:

Ehepaar / 2 Personen:

Verwandtschaftliches Verhältnis zu/r pflegebedürftigen Person/en:

Ab wann soll die Betreuung
stattfinden:

Schnellstmöglichst

oder ab dem:

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

Haushalt

	Ja	Nein
Wohnen noch andere Personen im Haushalt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, sollen diese mitversorgt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Haustiere vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, sollen diese mitversorgt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Information

Wie sind Sie durch 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
- 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, evtl. Hobbys, etc.)

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Fallen regelmässige Nachteinsätze an:
(z.B. Toilettengänge) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, bitte ungefähre Häufigkeit der Nachteinsätze angeben: | | |
| Wie wird der Freizeitausgleich geregelt?
(z.B. 1 Tag / Woche frei,
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 die günstigsten Verbindungen und Telefontarife erhalten Sie bei uns.)

Sonstige Mitteilung:

1. Betreuungsbedürftige Person:

Nachname

Vorname

Straße / Nr.:

PLZ / Ort

Telefon:

Geburtsdatum:

Körpergröße:

Körpergewicht:

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.)

Pflegegrad / Pflegedienst:

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Ist ein Pflegedienst beauftragt:
Pflegedienst soll weiterhin kommen

Ja
Ja, wie bisher

Häufigkeit:
Ja, eingeschränkt

Nein
Nein

Welche Tätigkeiten führt der Pflegedienst aus, bzw. würden weiter vom Pflegedienst ausgeführt werden:

Betreuungsaufwand:

An-/ Auskleiden:

Alleine möglich

Mit Hilfe möglich

Körperhygiene / Waschen:

Alleine möglich

Mit Hilfe möglich

Toilette:

Urininkontinenz

Alleine möglich

Stuhlinkontinenz

Mit Hilfe möglich

Katheder

Gehen / Stehen:

Alleine möglich

Mit Hilfe möglich

Rollstuhl

Bettlägerig

Nahrungsaufnahme

Alleine möglich

Mit Hilfe möglich

Nahrungszubereitung:

Kompl. Übernahme erwünscht

Nur Unterstützung erwünscht

Nein

Einkäufe

Kompl. Übernahme erwünscht

Nur Unterstützung erwünscht

Nein

Haushaltsführung

Kompl. Übernahme erwünscht

Nur Unterstützung erwünscht

Nein

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

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

2. Betreuungsbedürftige Person oder nur wirtschaftliche Versorgung:

Nachname
Straße / Nr.:

Telefon:

Geburtsdatum:

Körpergröße:

Körpergewicht:

Vorname

PLZ / Ort

nur wirtschaftliche
Versorgung:

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.)

Pflegegrad / Pflegedienst:

Pflegegrad:

1

2

3

4

5

Ist ein Pflegedienst beauftragt:
Pflegedienst soll weiterhin kommen

Ja
Ja, wie bisher

Häufigkeit:
Ja, eingeschränkt

Nein
Nein

Welche Tätigkeiten führt der Pflegedienst aus, bzw. würden weiter vom Pflegedienst ausgeführt werden:

Betreuungsaufwand:

An-/ Auskleiden:

Alleine möglich

Mit Hilfe möglich

Körperhygiene / Waschen:

Alleine möglich

Mit Hilfe möglich

Toilette:

Urininkontinenz

Alleine möglich

Stuhlinkontinenz

Mit Hilfe möglich

Katheder

Gehen / Stehen:

Alleine möglich

Mit Hilfe möglich

Rollstuhl

Bettlägerig

Nahrungsaufnahme

Alleine möglich

Mit Hilfe möglich

Nahrungszubereitung:

Kompl. Übernahme erwünscht

Nur Unterstützung erwünscht

Nein

Einkäufe

Kompl. Übernahme erwünscht

Nur Unterstützung erwünscht

Nein

Haushaltsführung

Kompl. Übernahme erwünscht

Nur Unterstützung erwünscht

Nein

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

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