

ALLGEMEINER FRAGEBOGEN FÜR BETREUUNGSPERSONAL

Diese Informationen werden von uns streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich dem Auswahlverfahren von Betreuungspersonal und sind die Grundlage für die Erstellung eines unverbindlichen, kostenlosen Angebotes.

Die Kosten sind von den unten genannten Faktoren abhängig und sind wie folgt gestaffelt:

1. Welcher Umfang von Leistungen soll erbracht werden
2. Pflegebedürftigkeit der zu pflegende Person (Pflegestufe)
3. Berufliche Qualifikation der Pflegekraft
4. Andere Anforderungen (z. B. Führerschein, usw.)
5. Gewünschte Sprachkenntnisse des Betreuungspersonal

Wenn zutreffend, bitte mit einem Kreuz markieren.

Kontaktdaten:

Auftraggeber: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

Kontaktperson: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Die/der Pflegebedürftige

Name/Vorname: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

Die hilfsbedürftige Person/- en

Die zu betreuende Person ist:

- | | | | |
|---|----------------|----------------------|----------------|
| 1. <input type="checkbox"/> männlich , | Alter: _____ , | Pflegestufe: _____ , | Gewicht: _____ |
| 2. <input type="checkbox"/> weiblich , | Alter: _____ , | Pflegestufe: _____ , | Gewicht: _____ |

Krankenversicherung 1.	_____ gesetzlich	_____ privat
Krankenversicherung 2.	_____ gesetzlich	_____ privat

Pflegestufe 1. keine 1 2 3 Härtefall

Pflegestufe 2. keine ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ Härtefall ___

Welche Leistungen sollen erbracht werden?

___ 24 Stunden Betreuung
___ Hauswirtschaftliche Unterstützung

Überwachung der Medikamenteneinnahme: ___ ja ___ nein

Pflegedienst:

Ein ambulanter Pflegedienst kommt regelmäßig? ___ ja ___ nein

Wie oft täglich: _____

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst? _____

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden? ___ ja ___ nein

Sind Psychische Krankheiten bekannt oder festgestellt?

	zu 1.	zu 2.
Alzheimer	_____	_____
Inkontinenz	_____	_____
Bettlägerig	_____	_____
Geistig behindert	_____	_____
MS-Patient	_____	_____
Demenz	_____	_____
Schlaganfall	_____	_____
Parkinson	_____	_____
Sonstige Krankheiten	_____	_____

Wenn ja, bitte um kurze Erläuterung (nennen Sie bitte die Erkrankung):

Probleme in der Kommunikation:

Sprache: ___ keine ___ mäßige ___ massive Probleme

Sehkraft: ___ keine ___ mäßige ___ massive Probleme

Hilfsmittel:

Brille: ___ ja ___ nein Hörgerät: ___ ja ___ nein

Orientierung:

Zeitlich: ___ ja ___ zeitweise ___ massive Probleme

Örtlich: ___ ja ___ zeitweise ___ massive Probleme

Persönlich: ___ ja ___ zeitweise ___ massive Probleme

Transfer Bett / Rollstuhl:

___ selbstständig ___ mit Unterstützung ___ nicht möglich

Treppensteigen:

___ selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Bewegung:

___ selbstständig ___ mit Unterstützung ___ überwiegend im Rollstuhl ___
bettlägerig

Hilfsmittel:

___ Pflegebett ___ Lift ___ Dekubitusmatratze ___ Rollstuhl
___ Rollator ___ Stock

Baden / Duschen:

___ selbstständig ___ braucht Hilfe ___ vollständig hilfsbedürftig

Hilfsmittel: _____

Körperpflege:

Gesicht: ___ selbstständig ___ teilweise selbstständig ___ unter Anleitung
___ vollständig Unterstützung

Mundpflege / Zahnprothese: ___ teilweise selbstständig ___ unter Anleitung
___ vollständig Unterstützung

Oberkörper: ___ teilweise selbstständig ___ unter Anleitung ___ vollständig Unterstützung

Gesäß / Beine: ___ selbstständig ___ teilweise selbstständig ___ unter Anleitung
___ vollständig Unterstützung

Intimpflege: ___ selbstständig ___ teilweise selbstständig ___ unter Anleitung
___ vollständig Unterstützung

Haare kämmen / waschen: ___ selbstständig ___ teilweise selbstständig ___ unter Anleitung
___ vollständig Unterstützung

Rasieren: ___ selbstständig ___ teilweise selbstständig ___ unter Anleitung
___ vollständig Unterstützung

Handpflege: ___ selbstständig ___ teilweise selbstständig ___ unter Anleitung
___ vollständig Unterstützung

Fußpflege: ___ selbstständig ___ teilweise selbstständig ___ unter Anleitung
___ vollständig Unterstützung

Urinkontrolle:

___ Kontinent ___ teilweise Inkontinenz (z.B. nachts) ___ Inkontinenz

Hilfsmittel: ___ Windeln ___ Vorlagen ___ Urinflasche ___ Katheter

___ suprapubischer Katheter

Stuhlkontrolle:

___ Kontinent ___ teilweise Inkontinenz (z.B. nachts) ___ Inkontinenz

Hilfsmittel: ___ Windel ___ Toilettenstuhl

An- / Auskleiden:

selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Essen / Trinken:

selbstständig braucht Hilfe z. B. beim Schneiden vollständig hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen:

keine Störungen PEG Sonde Nahrungskarenz
 Trinkkarenz

Diät:

keine falls ja, welche: _____

Ein- / Durchschlafen:

keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-wach-Rhythmus gestört

1mal 2 – 3mal mehr als 3 mal (wird begleitet vom Ehemann)

Bekommt Schlafmittel: ja nein

Hauswirtschaftliche Arbeiten:

Einkaufen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Kochen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Putzen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Waschen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Bügeln	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Begleitung bei Arztbesuchen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

Ein Freizeitausgleich für die Betreuerin wird im Rahmen des Möglichen gewährleistet und nach vorheriger Absprache mit der Betreuerin durchgeführt.

Sonderwünsche:

Voraussichtliche Dauer der Einsätze: 1 Monat bis 2 Monate

Wohnsituation:

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung sonstige:

Lage:

Großstadt - zentral Großstadt – abgelegen Kleinstadt Dorf
 ländlich

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

___ ca. 10 min ___ ca. 20 min ___ ca. 40 min ___ 1 Std.
___ länger als 1 Stunde

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut/gepflegt oder bewirtschaftet werden?

___ ja ___ nein (wenn ja) Wie viel Personen insgesamt ___

Im Haushalt wohnen insgesamt: _____ Personen.

Haustiere vorhanden (wenn ja, welche? _____) ___ nein

Deutschkenntnisse des Personals:

Auch ohne Kenntnisse der deutsche Sprache _____
Einfache Anweisungen auf Deutsch sollten verstanden werden _____
Einfache Anweisungen und einfache Unterhaltung sollten möglich sein _____
Grundkenntnisse der Deutsch Sprache _____
Gutes Verständnis, gute Sprache _____
Flüssiges und grammatikalisch korrektes Deutsch _____

Das Betreuungspersonal:

Ab wann soll die Pflegekraft kommen? c. a. _____

Anforderung an die Hilfskraft:

Geschlecht: ___ unwichtig ___ weiblich ___ männlich
Mindestalter: ___ unwichtig ___ ab ___ Jahre
Beruf: ___ unwichtig ___ Krankenschwester/Pfleger oder _____
möglichst
Führerschein: ___ unwichtig ___ erforderlich
Nicht Raucherin: ___ erforderlich ___ unwichtig

Ausstattung des Zimmers für den / die Mitarbeiter / -in:

___ eigenes Bad ___ Bett ___ Tisch ___ Schrank
___ Radio ___ TV ___ Computer ___ Internetzugang

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an unsere Mitarbeiter / innen?

Tagesstruktur:

Morgens:

___ wecken um: ___ Uhr ___ ausschlafen lassen

Baden / Duschen

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

Welche Hobbys hat der / die Patient / -in:

Sonstiges:

Bitte beschreiben Sie das Wesen und den Charakter des Patienten:

Wir werden unser Bestens tun um eine geeignete Kraft für Sie zu finden.
Bitte informieren Sie uns wenn Probleme auftreten.

Wichtig: Wir weisen hiermit ausdrücklich darauf hin, dass Sie mit Ausfüllung dieses Fragebogens, KEINEN Pflichten eingehen. Dieser Fragebogen ist die Grundlage für die Erstellung eines unverbindlichen, kostenlosen Angebots

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wenn Sie noch Anmerkungen oder Fragen haben, hier können Sie es uns mitteilen.

Ich bin auch gerne bereit in einem persönliche Gespräch meine Dienstleistungen vorzustellen.

