



## 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.)**