

Fragebogen senden per Fax: 06321/ 487 8936 oder
per Post an: Häusliche Pflege "Schwester Petra" und Seniorenbetreuung24
Erkenbrechtstr. 46, 67434 Neustadt an der Weinstraße



Pflege & Seniorenbetreuung24
Bronia Fleischmann

Fragebogen

Anfrage durch:

Ihr Name: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Fax: _____

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)	<input type="checkbox"/>	_____
Flyer bzw. Faltblatt (überreicht durch Frau/Herrn)	<input type="checkbox"/>	_____
Anzeige (in folgender Zeitung)	<input type="checkbox"/>	_____
Internet (Suchmaschine oder Anzeige)	<input type="checkbox"/>	_____

Anforderungen an die Betreuungskraft

Ich wünsche

Weibliche Betreuung	<input type="checkbox"/>
Männliche Betreuung	<input type="checkbox"/>
Ehepaar	<input type="checkbox"/>
Egal	<input type="checkbox"/>

Sprachkenntnisse: Ich wünsche eine Betreuungskraft mit folgenden Deutschkenntnissen:

Ausreichend	<input type="checkbox"/>	Das Verstehen der deutschen Sprache ist ausreichend, das flüssige Sprechen fällt schwer.
Mittel	<input type="checkbox"/>	Das Verstehen der Sprache ist gut, das Sprechen ausreichend.
Gut	<input type="checkbox"/>	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:	<hr/>	
Wie wird der Freizeitausgleich geregelt?		
(z.B. 1 Tag / Woche frei, 3 Stunden /Tag o.ä.)	<hr/>	

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: Ja Häufigkeit: Nein

Pflegedienst soll weiterhin kommen Ja, wie bisher Häufigkeit: Ja, eingeschränkt 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: Alleine möglich Mit Hilfe möglich
Urininkontinenz Stuhlinkontinenz 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 _____ Vorname _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Körpergröße: _____

Körpergewicht: _____

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: Ja Häufigkeit: Nein

Pflegedienst soll weiterhin kommen Ja, wie bisher Häufigkeit: Ja, eingeschränkt 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: Alleine möglich Mit Hilfe möglich
Urininkontinenz Stuhlinkontinenz 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)

Dieser Fragebogen dient als Leistungsbeschreibung für den Dienstleister, er ist Bestandteil eines abzuschließenden Dienstleistungsvertrages.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)