

Fragebogen senden per Fax: 06321/ 487 8936 oder
per Post an: Pfl egeteam HerzEngel und Seniorenbetreuung24
Gimmeldinger Strasse 79, 67433 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: ☐

Verwandschaftliches 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:	☐	☐
Falls ja, sollen diese mitversorgt werden?	☐	☐
Sind Haustiere vorhanden?	☐	☐
Falls ja, sollen diese mitversorgt werden?	☐	☐

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)	☐	_____

Anforderungen an die Betreuungskraft

Ich wünsche

Weibliche Betreuung	☐
Männliche Betreuung	☐
Ehepaar	☐
Egal	☐

Sprachkenntnisse: Ich wünsche eine Betreuungskraft mit folgenden Deutschkenntnissen:

Wenig Sprachkenntnisse	☐	Das Verstehen der deutschen Sprache ist gering, das 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)	☐	☐
Falls ja, bitte ungefähre Häufigkeit der Nachteinsätze angeben:		
Wie wird der Freizeitausgleich geregelt?		
(1 Tag pro Woche frei oder 3 Stunden pro Tag und ½ Tag pro Woche)		

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: ☐ 0 ☐ 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: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Ist ein Pflegedienst beauftragt: Ja ☐ Häufigkeit: Nein ☐

Pflegedienst soll weiterhin kommen Ja, wie bisher ☐ 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)