

Fragebogen

Auftraggeber:

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

Handy:

Email:

Die betreuungsbedürftige Person:

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Alter:

Größe:

Gewicht:

Interessen, Hobbys:

Verhältnis zum Auftraggeber (Vater, Mutter...):

Pflegestufe:

keine beantragt

2

Härtefall

1

3

Folgende Beschwerden liegen vor (z.B. Demenz, Schlaganfall, Inkontinenz, ...):

Demenz	<input type="checkbox"/>	Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	Dekubitus	<input type="checkbox"/>
Geistig behindert	<input type="checkbox"/>	Allergie	<input type="checkbox"/>	MS	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	Nahrungssonde	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-/Bronchial-/Lungenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Katheter	<input type="checkbox"/>		
Künstlicher Darmausgang	<input type="checkbox"/>	Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>		
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>				
Bluthochdruck/ Herz-Kreislaufferkrankung	<input type="checkbox"/>				
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hüftoperation	<input type="checkbox"/>
Andere Beschwerden/Erkrankung	<input type="checkbox"/>				

Falls ja, welche :

Mobilität :

voll mobil eingeschränkt bettlägerig

Benötigte Hilfsmittel (Rollstuhl, Rollator, Gehstock...):

Körperlicher Zustand:

gut schlecht
mittelmäßig

Geistiger Zustand:

klar teilnahmslos
verwirrt aggressiv

Hör-, Seh- und Sprachvermögen:

Hörvermögen: ungestört eingeschränkt taub Hörgerät

Sehvermögen: ungestört eingeschränkt blind Brille

Sprachvermögen: ungestört eingeschränkt stumm

Vorhandene Hilfsmittel im Haus des Pflegebedürftigen:

Pflegegerecht eingerichtet Pflegebett

Patientenlifter Badewannenlift

Toilettenstuhl

Andere:

Ist ein Pflegedienst beauftragt: ja nein

Wenn ja, soll der Pflegedienst weiterhin kommen: ja nein

Soll eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?: ja nein

.....
Angaben zum Haushalt der zu betreuenden Person:

Haus Wohnung

Haustiere Wenn ja, welche:

Entfernung zur nächsten Einkaufsmöglichkeit:

Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln:

Wo soll die Pflegekraft untergebracht werden?

Für die Pflegekraft zur Verfügung stehend:

Fernseher Internetzugang

Andere:

Gewünschte Leistungen gegenüber der betreuenden Person:

Hilfe beim Ankleiden Körperpflege Nachtbereitschaft

Kochen Saubermachen Waschen

Bügeln Fenster putzen Einkaufen

Weitere:

Erwartungen an die Betreuungskraft:

Alter: egal gewünschtes Alter:

Geschlecht: egal weiblich männlich

Führerschein mit Fahrpraxis: egal ja

Nichtraucher: egal ja

Tierlieb: egal ja

Kenntnisse der deutschen Sprache:

Grundkenntnisse (einfache Anweisungen sollen verstanden werden)

Mittlere Kenntnisse (einfache Unterhaltung soll möglich sein)

Gute bis sehr gute Deutschkenntnisse

Welche Pausen-/Freizeitmöglichkeiten können der Pflegekraft geboten werden?

Z.B.:

Ein freier Tag pro Woche zwei halbe Tage pro Woche

_____freie Stunden pro Tag

Andere: _____

Einsatz der Pflegekraft

Beginn: _____

Dauer: 2 Monate Länger

Der nächste größere Bahnhof / Busbahnhof ist in:

Wer holt die Betreuerin ab (Name, Telefon):

Sonstige Mitteilungen:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (Internet, Prospekt, Bekannte)?