

Das Ausfüllen des Fragebogens ist für uns hilfreich, um für Sie ein detailliertes Angebot zu erstellen.

1. PERSONENDATEN

- **Ansprechpartner**

Name und Vorname:

Adresse:

Telefon/Handy:

E-Mail:

- **Leistungsempfänger**

Name und Vorname:

Adresse:

Telefon/Handy:

E-Mail:

2. ANGABEN ZUR PFLEGE

Größe:cm

Gewicht:kg

Alter:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Geburtsdatum:

Pflegestufe:

☐ ja ☐ nein ☐ eine Pflegestufe ist beantragt

Stufe ☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ Härtefall

3. VERHÄLTNIS DES LEISTUNGSEMPFÄNGER ZUM ANSPRECHPARTNER

Mutter ☐ Vater ☐ oder ☐

- **Wer soll Vertragspartner werden?**

Ansprechpartner ☐ Leistungsempfänger ☐

- **Rechnungsstellung erfolgt an:**

Ansprechpartner ☐ Leistungsempfänger ☐

4. GESUNDHEITSMERKMALE

- **Mobilität:**

☐ selbstständig ☐ mit Unterstützung ☐ Rollstuhl ☐ bettlägerig

Die Pflegeperson:

☐ ..muss angehoben werden ☐ .. kann dabei mithelfen ☐ .. kann selbstständig aufstehen

Transfer Bett/Rollstuhl:

☐ selbstständig ☐ hilft mit ☐ komplett hilfbedürftig ☐ bettlägerig, kein Transfer

Hilfsmittel:

☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Unterarmgehstützen

• **geistiger Zustand:**

☐ klar ☐ apathisch ☐ teilnahmslos
☐ verwirrt ☐ depressiv ☐ aggressiv

• **Toilette:**

☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ Teilinkontinenz ☐ Vollinkontinenz

Hilfsmittel

☐ Vorlagen ☐ Urinflaschen ☐ Windeln ☐ Dauerkatheter

• **Orientierung:**

zeitlich	☐ ja	☐ zeitweise	☐ gar nicht
Örtlich	☐ ja	☐ zeitweise	☐ gar nicht
persönlich	☐ ja	☐ zeitweise	☐ gar nicht

☐ Alzheimer	☐ MS-Patient	☐ Parkinson
☐ Demenz	☐ Diabetes	☐ Schlaganfall
☐ Dauerkatheter	☐ Bluthochdruck	☐ Schwerhörigkeit
☐ Tumor	☐ Druckgeschwür	☐ Herzkrankheit
☐ zeitliche Desorientierung	☐ räumliche Desorientierung	☐ Asthma
☐ Herzrhythmusstörung	☐ Herzinfarkt	☐ Krebserkrankung
☐ Inkontinenz	☐ Rheuma	☐ Multiple Sklerose
☐ Allergien	☐ Stoma	☐ Osteoporose
☐ PGE Sonde		

Andere:

• **Diät:**

☐ ja (welche): ☐ nein

• **Ist ein Pflegedienst beauftragt?**

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, soll Pflegedienst soll weiterhin kommen?

☐ ja ☐ nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

.....

• **Es besteht Hilfsmittel:**

☐ Hebegurt ☐ Hebesitz ☐ Patientenlift ☐ Wannenlift ☐ Hörgerät
☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Pflegebett ☐ Dekubitusmatratze ☐ Toilettenstuhl

andere

• **Kommunikationsfähigkeit:**

Sprache	☐ keine Einschränkung	☐ geringe Einschränkung	☐ starke Einschränkung
Sehkraft	☐ keine Einschränkung	☐ geringe Einschränkung	☐ starke Einschränkung
Hörvermögen	☐ keine Einschränkung	☐ geringe Einschränkung	☐ starke Einschränkung
Hörgerät	☐ ja	☐ nein	
Brille	☐ ja	☐ nein	

• **Schlafstörung:**

Ein-/Druschschlafen:

☐ keine Probleme ☐ sporadisch ☐ Schlaf-/ Wachrythmus gestört

Nachtruhe:

☐ ungestört ☐ gelegentlich gestört ☐ oft erhebliche Unruhe
☐ regelmäßig nächtliche Betreuung

Überwachung in der Nacht: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie oft und wie sollte diese

ablaufen?

• **Aktuelle Therapien:**

☐ keine ☐ Krankengymnastik ☐ Logopädie ☐ sonstige

Hobbys:

5. **ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT:**

• **Pflegerische Tätigkeiten:**

An-/ auskleiden	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ komplett hilfsbedürftig
Baden/Duschen	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ komplett hilfsbedürftig
Mundpflege	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ komplett hilfsbedürftig
Oberkörper	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ komplett hilfsbedürftig
Intimpflege	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ komplett hilfsbedürftig
Gesäß/ Beine	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ komplett hilfsbedürftig
Haare waschen/kämmen	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ komplett hilfsbedürftig
Rasieren	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ komplett hilfsbedürftig
Handpflege	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ komplett hilfsbedürftig
Toilettengang	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ komplett hilfsbedürftig
Windeln wechseln	☐ ja	☐ nein	
Hilfestellung beim stehen/gehen	☐ ja	☐ nein	
Begleitung beim Arztbesuch	☐ ja	☐ nein	

weiteres:.....



- **Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:**

- | | |
|---|---|
| ☐ Reinigung der Wohnung | ☐ Kochen (für wie viel Personen?.....) |
| ☐ Wäsche waschen | ☐ Einkaufen |
| ☐ Bügeln | ☐ Freizeitgestaltung |
| ☐ Spazieren gehen ☐ mit Gehstock ☐ mit Gehilfe ☐ im Rollstuhl ☐ Rollator ☐ ohne Hilfe | |
| aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele) | |
|
☐ 24h Rufbereitschaft | |

Andere Tätigkeiten:.....
.....

6. **ANGABEN ZUM HAUSHALT**

- **Art des Haushaltes:**

- ☐ Wohnung ☐ Haus ☐ Fläche.....m²

- **Anzahl Zimmer:**

..... im EG ☐ KG ☐ Etage.....

- **Lage:**

- ☐ Großstadt zentral ☐ Großstadt abgelegen ☐ Kleinstadt ☐ Dorf ☐ ländlich

- **Anzahl im Haushalt lebender Person:**

- **Wer wohnt mit im Haushalt?:**

- ☐ Ehepartner ☐ Verwandte ☐ Bekannte ☐ Sonstige..... oder
bekommen zu Besuch ☐ täglich ☐ wöchentlich ☐ monatlich

- **Ist Gartenpflege erwünscht?** ☐ ja ☐ nein

- **Falls ja, welche Gartenarbeiten erwünscht?**

- **Ist Haustierpflege erwünscht?** ☐ ja ☐ nein

- **Wenn ja, welche?**

- **Ist ein Auto vorhanden?** ☐ ja ☐ nein

- **Wenn ja, ist Autofahren erwünscht?** ☐ ja ☐ nein

- **Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):**

- ☐ ca. 10min ☐ ca. 20min ☐ ca. 40min ☐ 1 Stunde ☐ länger als 1 Stunde

7. PERSONALANFORDERUNGEN

- **Gewünschte Datum des Einsatzbeginns:**
- **Betreuungsdauer.** ☐ langfristig ☐ nur für kurze Zeit ☐ steht noch nicht fest
- **Geplante Dauer des Pflegeeinsatzes:**
- **Geschlecht:**

☐ weiblich ☐ männlich ☐ 2 Personen ☐ egal

- **Alter:**

☐ 20-30 ☐ 30-40 ☐ 40-50 ☐ älter als 50 Jahre ☐ egal

- **Kräftige Person:** ☐ egal ☐ ja, da schwergewichtiger Patient

- **Pflegeerfahrung:** ☐ ja ☐ nein ☐ egal

☐ Krankenschwester ☐ Krankenpfleger/-in

- **Kochkenntnisse:** ☐ ja, wichtig ☐ nein ☐ egal

- **Nichtraucher/in:** ☐ ja, wichtig ☐ egal

- **Führerschein mit Fahrpraxis:** ☐ ja, wichtig ☐ nein ☐ egal

- **Tierlieb:** ☐ ja, wichtig ☐ egal

- **Deutschkenntnisse:**

☐ Grundkenntnisse – verstehen mit Schwierigkeiten, sprechen sehr wenig

☐ Kommunikativekenntnisse – verstehen gut, sprechen mit Schwierigkeiten

☐ Gute Kenntnisse – verstehen und sprechen gut

- **Vorhandene Ausstattung des eigenen Zimmers für die Betreuerin/ den Betreuer:**

☐ eigenes Bad ☐ Bett ☐ Tisch ☐ Schrank

☐ Radio ☐ TV Gerät ☐ Internet-Anschluss ☐ Sonstiges

.....