
Sonstiges

Hier können Sie sonstige Angaben machen, die Ihnen wichtig erscheinen oder Fragen stellen, die Sie geklärt haben möchten:

.....
.....
.....

Ausgenommen von den Leistungen sind medizinisch-pflegerische Tätigkeiten.

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder Unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder einer sofortigen Vertragskündigung, sofern ein solcher Vertrag auf Basis dieses Fragebogens später zu Stande kommt.

Ort, Datum:..... Unterschrift.....

Zusätzliche Angaben

Haben Sie schon eine "24-Stunden-Pflegebetreuung" beschäftigt? Ja nein

Wenn ja, auf welche Weise wurde die Person vermittelt?

Vermittlungsagentur privat Zeitarbeitsfirma

Wie sind Sie auf Familienengel aufmerksam geworden?

Internet Pflegedienst Sozialstation Presse/Zeitung

Bekannte/Freunde Empfehlung von.....

Den ausgefüllten Fragebogen können Sie per E-Mail, Fax oder Post zukommen lassen.



6. Erwartungen an die Betreuerin

Gewünschtes Datum des Einsatzbeginns:

Betreuungsdauer: langfristig nur kurze Zeit steht noch nicht fest

Geplante Dauer des Pflegeeinsatzes:

Alter: 30-40 40-50 50-60 egal Geschlecht: weiblich männlich egal Kräftige Person egal ja, da schwergewichtiger Patient Pflegeerfahrung: ja nein Krankenschwester Krankenpfleger/in Krankenschwester mit Zusatz-Ausbildung

wenn ja, welche ist gewünscht?.....

Kochkenntnisse: ja, wichtig nein egal Führerschein mit Fahrpraxis ja, wichtig nein egal Nichtraucher/in ja, wichtig egal Tierlieb ja, wichtig egal

Deutschkenntnisse:

 1. Erweiterte Grundkenntnisse (verstehen gut, sprechen mit Schwierigkeiten) 2. Gute Kenntnisse (einfache Unterhaltung) 3. Sehr gute Kenntnisse (Unterhaltung ist möglich) Andere Sprachkenntnisse erwünscht, wenn ja, welche?.....Referenzen, Zeugnisse ja, wichtig gern gesehen egal **Vorhandene Ausstattung des eigenen Zimmers für die Betreuerin/ den Betreuer:**Eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV Gerät Internet Anschluss Sonstiges 

Ist für die Pflegeperson ein Auto vorhanden? Ja Nein

Wenn ja, ist Autofahren erwünscht? Ja Nein

Andere Tätigkeiten (bitte angeben)

.....
.....
.....

5 Angaben zum Haushalt

Art des Haushaltes: Wohnung Haus

Anzahl Zimmer im EG KG Etage

Wohnfläche ca.m

Anzahl im Haushalt lebender Person:

Wer wohnt mit im Haushalt? Ehepartner Verwandte
Bekannte Sonstige

Oder kommen zu Besuch täglich wöchentlich monatlich

Wohnort liegt in der Stadt auf dem Land

Wie viele Einwohner hat der Wohnort? ca.

Nächste größere Stadt

Die nächstgelegenen Bahnhöfe zum Wohnort sind:

1.....

2.....

Die Betreuerin wird abgeholt von:

Nachname Vorname.....

Telefon privat..... Mobil.....

Art der Beziehung zu Leistungsempfänger/n:.....



Erforderliche pflegerische Tätigkeiten:

- | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| beim Waschen/Duschen/Baden | unterstützen <input type="radio"/> | beaufsichtigen <input type="radio"/> | komplett <input type="radio"/> |
| Toilette/Kosmetik | unterstützen <input type="radio"/> | beaufsichtigen <input type="radio"/> | komplett <input type="radio"/> |
| beim An- und Auskleiden | unterstützen <input type="radio"/> | beaufsichtigen <input type="radio"/> | komplett <input type="radio"/> |
| Wechseln der Windeln (bei Inkontinenz) | | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Toilettengang WC | unterstützen <input type="radio"/> | beaufsichtigen <input type="radio"/> | komplett <input type="radio"/> |
| Hilfestellung beim stehen/gehen | | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Essen/Trinken | unterstützen <input type="radio"/> | beaufsichtigen <input type="radio"/> | komplett <input type="radio"/> |
| Aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele, Unterhaltung) | | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Spazieren gehen: | mit Gehstock <input type="radio"/> | mit Gehhilfe <input type="radio"/> | im Rollstuhl <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> |
| Begleitung zu Arztbesuchen erwünscht? | | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Andere Tätigkeiten (bitte angeben) | | | |

.....

.....

.....

4.Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

- | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|
| Kochen <input type="radio"/> | Anzahl Personen? | Mahlzeiten |
| Wäsche waschen <input type="radio"/> | bügeln <input type="radio"/> | |
| Reinigung der Wohnung | Flächen zum Sauberhalten | qm. |
| Fenster putzen <input type="radio"/> | Küchenreinigung <input type="radio"/> | |
| Einkauf von Lebensmittel | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Garten vorhanden | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| wenn ja, leichte Gartenarbeiten erwünscht | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Sind Haustiere vorhanden? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Versorgung der Haustiere erwünscht | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |



3. Angaben zur Pflege:

Die Pflegeperson: ...muss angehoben werden
 ...kann dabei mit helfen
 ...kann selbständig aufstehen

Es bestehen Hilfsmittel: Hebe-Gurt Hebe-Sitz
 Patientenlift Treppenhauslift Fahrstuhl
 andere

.....
.....

Ist Überwachung in der Nacht erforderlich: Ja Nein
Wenn ja, wie soll diese ablaufen

.....
.....

Erfolgt eine Versorgung durch Pflegedienst? Ja Nein

Wenn ja, wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

.....
.....

Soll der Pflegedienst auch weiterhin kommen Ja Nein

Welche Hobbys/Interessen hat die zu betreuende Person?

.....
.....
.....



Pflegemerkmale:

- Blasenkatheter Künstlicher Darmausgang PEG-Sonde
Inkontinenz Druckgeschwür/Dekubitus Herzschrittmacher
Brille Kontaktlinsen

Sonstige Pflegemerkmale, bitte beschreiben Sie diese:

.....
.....
.....
.....

Mobilität: selbständig Rollstuhl unterstützend bettlägerig

Geistiger Zustand: klar depressiv apathisch
teilnahmslos verwirrt aggressiv

Desorientierung: keine Zeitlich Örtlich Persönlich

Toilette: selbständig mit Hilfe
Teilinkontinenz Vollinkontinenz

Anmerkungen:

.....
.....
.....



Verhältnis des Leistungsempfängers zum Ansprechpartner:

Mutter Vater oder

Wer soll Vertragspartner werden?

Ansprechpartner oder Leistungsempfänger

Wer bezahlt die Vermittlungs-Leistung?

Ansprechpartner oder Leistungsempfänger

2. Angaben zum Gesundheitszustand

Liegt eine Pflegestufe vor?

Stufe 1 Stufe 2 Stufe3 Härtefall

Oder eine Pflegestufe ist beantragt 1 2 3 Härtefall Keine

Gesundheitsmerkmale:

Alzheimer Demenz Schlaganfall Diabetes

Multiple Sklerose Bluthochdruck Schwerhörigkeit

Parkinson Tumor Herz-Kreislaufferkrankung

Sonstige Krankheiten, bitte beschreiben Sie diese:

.....
.....
.....
.....



Bedarfsanalyse zur Dienstleistung / Betreuung

Das Ausfüllen des Fragebogens ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keinem Vertragsabschluss und kostenlos. Wir benötigen diese Information – um Ihnen ein detailliertes Angebot meinerseits erstellen zu können.

Ansprechpartner: Frau Herr

Vorname

Name.....

Straße..... Hausnummer.....

PLZ..... Ort.....

Telefon privat: Vorwahl..... Nummer.....

Telefon Handy: Vorwahl..... Nummer.....

E-Mail..... Fax.....

1. Angaben zur Leistungsempfänger: Frau Herr

(bei Betreuung eines Ehepaares bitte zweiten Fragebogen ausfüllen)

Vorname

Name.....

Straße..... Hausnummer.....

PLZ..... Ort.....

Telefon privat: Vorwahl..... Nummer.....

Telefon Handy: Vorwahl..... Nummer.....

E-Mail..... Fax.....

Geburtsdatum..... Größe..... cm Gewicht..... kg

