

FRAGEBOGEN



Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so vollständig und detailliert wie möglich aus und senden Sie ihn an uns zurück.

per Post:

E-Mail:

Tel.:

Wir werden sofort mit der Erstellung des Angebots beginnen und werden uns mit Ihnen in Verbindung setzen.

I. ALLGEMEINE ANGABEN

1. Daten des Auftragsgebers / des Ansprechpartners Erreichbarkeit:

Name:

Vorname:

Strasse

PLZ, Ort:

Mobil:

Telefon:

E-Mail:

Fax:

2. Daten der zu betreuenden Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Pflegegrad:

Gewicht (kg):

Größe (cm):

Strasse:

PLZ, Ort:

Mobil:

Telefon:

E-Mail:

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

Zutreffendes bitte ankreuzen sowie entsprechende Leerfelder ausfüllen

II. ANGABEN ZUR BETREUUNG

1. Gesundheitsmerkmale der zu betreuenden Person

1. Gesundheitsmerkmale der zu betreuenden Person

Mobilität			
kann alleine laufen		kann mit Hilfe laufen	
benutzt einen Rollstuhl innen		benutzt einen Rollator innen	
benutzt einen Rollstuhl außen		benutzt einen Rollator außen	
kann selbständig aufstehen		komplett hilfsbedürftig	
muss getragen werden		bettlägerig	
Geistiger Zustand			
klar		dem Alter normal	
apathisch		Depression schwach <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
verwirrt		vergesslich	
aggressiv			
Toilette			
selbstständig		mit Hilfe	
Teilinkontinenz		Vollinkontinenz	
Krankheiten			
<i>Alzheimer</i>	leicht <input type="checkbox"/>		fortgeschritten <input type="checkbox"/>
<i>Demenz</i>	leicht <input type="checkbox"/>		fortgeschritten <input type="checkbox"/>
MS-Patient		Diabetes	
Schlaganfall		Bluthochdruck	
Schwerhörigkeit		Tumor	
Druckgeschwür		Herz -Kreislaufkrankung	
Künstlicher Darmausgang / Stoma		Dauerkatheter	
Parkinson		Probleme mit der Speiseröhre	
Osteoporose		Lähmung	
Schlafstörungen			
Weitere bekannte Krankheiten :			

Hinweis: Eine medizinische Betreuung ist durch das Betreuungspersonal nicht möglich

2. Betreuungsdauer :

1 Monat	bis 3 Monate	länger als 3 Monate
Ab wann soll die Betreuung stattfinden ?		

3. Aktuelle Art der Betreuung / Aktuelle Therapien :

Die Betreuung der zu betreuenden Person übernimmt zurzeit:			
Familie	Pflegedienst / Sozialstation	Seniorenbetreuer/in	Krankenhaus/Reha

Zutreffendes bitte ankreuzen sowie entsprechende Leerfelder ausfüllen

Hinweis: Eine medizinische Betreuung ist durch das Betreuungspersonal nicht möglich

III. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT

1. Welche Tätigkeiten werden notwendig

Kochen Bügeln Wäsche waschen Wohnung/Haushalt reinigen
Auto fahren Gartenarbeiten Einkaufen gehen Haustierpflege

Art des Haustieres:

Weiteres bitte beschreiben:

2. Betreuungsumfang

24 h Rufbereitschaft / Überwachung der zu betreuenden Person in der Nacht

Hilfe beim Essen Kämmen Hilfe beim An- und Ausziehen
Hilfe beim Waschen (Baden, Duschen) Nachtbetreuung Eincremen
Vorlagen wechseln

Weiteres bitte beschreiben:

Hobbies und Interessen der zu betreuenden Person (Freizeitgestaltung):

3. Personalanforderungen

Geschlecht egal <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	Pflegeerfahrung egal <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Raucher egal <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Führerschein egal <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja/wichtig <input type="checkbox"/>
Tierlieb egal <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja/wichtig <input type="checkbox"/>	
Deutschkenntnisse:	
gute Deutschkenntnisse	

	befriedigende Deutschkenntnisse	
	einfache Deutschkenntnisse	
	Grundkenntnisse	

Zutreffendes bitte ankreuzen sowie entsprechende Leerfelder ausfüllen

IV. RAHMENBEDINGUNGEN

1. Wohnbedingungen

Ist die zu betreuende Person allein stehend?

ja nein

Falls nein, wie viele Personen leben im Haushalt?

Anzahl Personen:

Wer wohnt noch im gleichen Haushalt?

Muss die weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?

ja nein

Wenn die im Haushalt lebende Person nicht betreut werden muss, hilft sie auch bei der Betreuung und im Haushalt?

ja nein

2. Rahmenbedingungen:

Lage:

Großstadt - zentral Großstadt - abgelegen Kleinstadt Dorf ländlich

Wohnsituation:

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung Sonstige

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

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

Ausstattung des Zimmers für den / die Mitarbeiter /-in:

Eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV
Computer Internetzugang Internetzugang kann eingerichtet werden

Bemerkungen:

V. SONSTIGES

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

Aufmerksam geworden durch:

Facebook Google Radio Zeitung Flyer Hausarzt Sonstiges

Dieser Fragebogen wird ein Bestandteil des Dienstleistungsvertrages. Bitte füllen Sie ihn ausführlich und vollständig aus. Der Fragebogen selbst ist selbstverständlich unverbindlich.

Unterschrift

Ort, Datum

Das Bruttogehalt der Betreuungskraft richtet sich nach dem Vorhandensein eines Pflegegrades, sie ist abhängig vom voraussichtlichen Leistungsaufwand, von der Qualifikation der eingesetzten Betreuerin, sowie von den Sprachkenntnissen.

- [] Ja, ich stimme zu, dass die Begleitender Stern, meine hier abgefragten Gesundheitsdaten speichert und zur Pflegevermittlung nutzt. Des Weiteren willige ich ein, dass sich aus den hier abgefragten Daten Rückschlüsse über den Gesundheitszustand gewinnen lassen, um geeignetes Angebot der Pflegekraft zu erhalten.