



Fragebogen

Ihre Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt. Sie dienen dazu den erforderlichen Betreuungsaufwand zu ermitteln und sind unverbindlich. Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus.

1. Angaben zur Kontaktperson

Vorname:
Nachname:
Straße, Nr. :
PLZ und Ort:
Telefon:
Mobil:
E-Mail:

Der Dienstleistungsvertrag ist abzuschließen mit:

- der Kontaktperson
- der zu betreuenden Person

Lebt die zu betreuende Person alleine?

- ja
- nein (bitte füllen Sie die Anlage 1 auf Seite 8 aus)

2. Angaben zu der zu betreuenden Person

Vorname:
Nachname:
Geburtsdatum:
Größe:
Gewicht:
Straße, Nr. :
PLZ und Ort:
Telefon:
Mobil:
E-Mail:

Verwandtschaftsgrad zur Kontaktperson:



3. Pflegegrad der pflegebedürftigen Person

- unbekannt oder beantragt
- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5

Ist ein Pflegedienst für die pflegebedürftige Person beauftragt?

- ja
- nein

Falls "ja": wird der Pflegedienst auch weiterhin beauftragt?

- ja
- nein

4. Mobilität der pflegebedürftigen Person

- keine Einschränkung
- leichte Einschränkung
- hohe Einschränkung (Rollator/ Rollstuhl)
- bettlägerig

5. Welche Krankheitsbilder sind bei der pflegebedürftigen Person bekannt?

- Allergien
- altersbedingte Gehschwäche
- Alzheimer
- Asthma
- chronische Durchfälle
- Demenz (Anfangsstadium)
- Demenz
- Dekubitus
- Depression
- Diabetes
- Diabetes (insulinpflichtig)
- Herzinfarkt
- Herzinsuffizienz
- Herzrhythmusstörung
- Hypertonie
- Inkontinenz



- multiple Sklerose
- Osteoporose
- Parkinson
- Rheuma
- Schlaganfall |re. |li.
- Stoma (Anus praeter)
- Tumor
- ansteckenden Krankheiten (falls „ja“: welche?)

Sonstige weitere Krankheiten:

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

Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen?

- ja
- nein

Bemerkung (wie oft steht der Patient nachts auf und warum?)

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

Vorhandene Hilfsmittel

- Nachtstuhl
- Gehstock
- Pflegebett
- Dekubitusmatratze
- Elektrolifter / Bettlifter
- Badewannenlift
- Treppenlift
- Rollator
- Rollstuhl
- sonstige:

Urin-/Stuhlkontrolle

- Toilettengang selbstständig
- Toilettengang mit Unterstützung
- Teilinkontinenz
- Vollinkontinenz
- Stuhlinkontinenz



Weitere Angaben zum Gesundheitszustand der zu betreuenden Person:

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

6. Angaben zum Charakter, Hobbies und Interessen der zu betreuenden Person

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

7. Wohnsituation

Die zu betreuende Person wohnt in

- Wohnung
- Haus

Garten

- ja
- nein

Haustiere

- ja
Falls "ja": welche?
- nein

Kann der Betreuungskraft ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden?

Wenn nicht, kann die Leistung nicht erbracht werden.

Für die Betreuungskraft stehen folgende Räume zur Verfügung:

- eigenes Zimmer
- eigenes Badezimmer
- TV
- Radio
- Internetzugang
- Kann dem Personal eine Telefonflatrate in das Heimatland (z.B. bei der Telekom möglich) zur Verfügung gestellt werden?



8. Erforderliche Tätigkeiten

- alltägliche Aufgaben im Haushalt: Hilfe beim Kochen, Sauberhalten der häufig genutzten Räume, Einkaufen, Waschen und Bügeln
- Hilfe bei der Einnahme von Mahlzeiten
- Hilfe bei der Körperpflege
- An-, Um- und Ausziehen
- Begleitung zu Arztterminen
- Begleitung bei Spaziergängen
- Hilfestellung bei größeren Aktivitäten, z.B. Treffen von Freunden und Familie
- Freizeitgestaltung
- Hilfe bei der grundlegenden Betreuung und Hygiene
- Hilfe beim Toilettengang, zu Bett gehen
- Haustiere versorgen

Weitere Tätigkeiten im Haushalt:

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

9. Beginn der Leistung

.....
.....

10. Freizeitregelung

- Stundenweise (mind. 2-3 Stunden täglich)
- Ein freier Tag/Woche
- Zwei halbe Tage/Woche
- Ein freies Wochenende pro Monat

11. Anforderungsprofil der Betreuungskraft

Geschlecht

- weiblich
- männlich
- keine Präferenz



Alter

- keine Präferenz
- unter 40
- zwischen 40-50
- über 50

Kochkenntnisse

- Standardküche
- vegetarische Küche
- diätetische Küche

Deutschkenntnisse

- ausreichend (Grundkenntnisse)
- befriedigend
- gut

Führerschein

- ja
- nein

Bei Bereitstellung eines Fahrzeuges, wird von der Agentur und dem Personal keine Haftung für Schäden am Fahrzeug übernommen!

Sonstige Anforderungen an die Betreuungskraft:

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



Anlage 1

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut bzw. mitversorgt werden?

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Pflegegrad der zweiten Person

- unbekannt oder beantragt
- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5

Angaben zum Gesundheitszustand der zweiten Person

.....

.....

.....

.....

.....