

Fragebogen

1 . Kontaktperson

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Email Adresse:

Verwandtschaftsgrad:

2. Angaben zur Betreuungsperson(en)

Frau Herr

Nachname:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Mentale Lage des Pflegedürftigen:

Pflegestufe:

Keine Pflegestufe

Pflegestufe 1

Pflegestufe 2

Pflegestufe 3

Härtefall

Beantragt

Form der Erkrankung:

Arthrose: ()

Asthma: ()

Altersschwäche: ()

Gehschwäche: ()

Demenz/Alzheimer: ()

Schlaganfall: ()

Krebs: ()

Dekubitus: ()

Depression: ()

Chronische Bronchitis: ()

Diabetes: ()

Epilepsie: ()

Harnwegsinfektion: ()

Herzinfarkt: ()

Herzschwäche: ()

Hypertonie: ()

Multiple Sklerose: ()

Osteoporose: ()

Parkinson: ()

Rheuma: ()

Schlaganfall: ()

sonstige: ()

Kommunikation:

Sprache:

() nicht eingeschränkt

() eingeschränkt

() gar nicht

Hörvermögen:

() nicht eingeschränkt

() eingeschränkt

() gar nicht

() Hörgerät

Sehkraft:

() nicht eingeschränkt

() eingeschränkt

() gar nicht

Welche Hilfe wird benötigt ?

Körperpflege: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

Intimpflege: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

Mundpflege/Prothese: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

waschen: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

Rasieren: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

An-/Auskleiden: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

Aufstehen: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

Baden / Duschen: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

Hilfsmittel vorhanden:

Badewannenlift: () Duschstuhl: () Angehöriger oder zusätzliche Person hilft mit: ()

Zusätzliche Angaben:

Wie Mobil / Bewegungstauglich ist die zu betreuende Person?

Keine Einschränkung () Ja / () Nein

mit Gehstock: () Ja / () Nein

im Rollstuhl: () Ja / () Nein

mit Rollator: () Ja / () Nein

bettlägerig: () Ja / () Nein

Welche Hilfsmittel sind vorhanden (z.B. Lifter, Krankenbett, Rollator etc.)

Ist ein ambulanter Pflegedienst beauftragt ? () Ja / () Nein

Wenn ja, soll dieser auch weiterhin kommen ? () Ja / () Nein

Wenn ja wie oft kommt der Pflegedienst

() täglich ___mal

() wöchentlich ___mal

sind regelmäßige Nachteinsätze nötig? () Ja / () Nein

Wenn ja, wie oft in der Nacht ?

Haushaltsführung

Kochen / Essensvorbereitung	() immer	() gelegentlich	() nein
Einkaufen	() immer	() gelegentlich	() nein
Wäsche waschen	() immer	() gelegentlich	() nein
Bügeln	() immer	() gelegentlich	() nein
Begleitung / spazieren	() immer	() gelegentlich	() nein

Kommt eine zusätzliche Haushaltshilfe: () nein ja, wöchentlich ____ mal

Haustiere im Haushalt : ()nein () ja, welche _____

Freizeitausgleich:

() 2-3 Stunden oder wöchentlich ½ Tag
() nach Absprache

Leidet die zu betreuende Person an Inkontinenz () ja () nein

Wenn ja, welcher Art ?

() Harn
() Stuhl

Trägt die zu betreuende Personen ()Windel () Pampers () Einlagen ?

Besitzt die zu betreuende Person einen Toilettenstuhl?

() ja () nein

Beschreibung / Lage der Unterkunft:

() ländlich
() Dorf
() Kleinstadt
() Großstadt –zentral
() Großstadt –abgelegen

Wohnsituation:

() Einfamilienhaus
() Mehrfamilienhaus
() Wohnung qm_____

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

ca..... Min

Beginn und Dauer der Betreuung

Gewünschter Betreuungsbeginn: _____

- 1-3 Monate
- länger als 3 Monate

Welches Geschlecht soll die Betreuungskraft haben?

In welchem Alter sollte die Betreuungskraft sein ?

Gewünschte Deutschkenntnisse sollte die Betreuerin haben:

- Grundkenntnisse
- erweiterte Grundkenntnisse (verstehen und sprechen m. Schwierigkeiten)
- gute Kenntnisse (Unterhaltung m. Einschränkung möglich)
- sehr gute Kenntnisse (Unterhaltung ohne Einschränkungen)

Welche Anforderungen stellen Sie an die Betreuungskraft:

.....
.....

Ausstattung des Zimmers:

- Schrank
- Bett
- Tisch
- Radio
- TV
- eigenes Bad
- Telefon Flat
- Internet

sonstige Anmerkungen:

.....
.....

Datenschutz:

Ihre persönlichen Daten dienen nur für Interne Zwecke für die Erstellung eines Angebotes.

Ort, Datum_____