



Fragebogen

Das Ausfüllen des Fragebogens ist für Sie absolut unverbindlich und verpflichtet Sie zu keinerlei Zahlung oder Vertragsabschluss.

Es ermöglicht lediglich die Erstellung eines detaillierten Angebotes

Angaben zum Auftraggeber (Kontaktperson)

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

Ort/ PLZ: _____

Telefon: _____

E- Mail: _____

Mobil: _____

Fax: _____

Angaben zur zu betreuenden Person

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

Ort/ PLZ: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Alter: _____

Gewicht: _____

Größe: _____

Geschlecht: Frau Mann

Verhältnis zum Auftraggeber

Vater Mutter anderer Verhältnisgrad _____

Wohnsituation der zu betreuenden Person?

Großstadt Stadt Dorf

Einem Haus Einer Wohnung

Garten Ohne Garten

In welcher Etage wohnt die zu betreuende Person?



Ist ein Fahrstuhl vorhanden?

Ja Nein

Anzahl der vorhandenen Zimmer?

Raucher?

Ja Nein

Sind Haustiere vorhanden?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Leben weitere Personen im Haushalt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Alter, Verwandtschaftsgrad

Muss jemand dieser Person ebenfalls betreut werden?

Ja Nein

Sollten für die zweite Person extra Betreuungsanforderungen gestellt werden bitte einen weiteren Fragebogen ausfüllen

Pflegegrad

Kein 1 2 3 4 5

Beantragt 1 2 3 4 5

Ist momentan ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?

Ja Nein



Welche Aufgaben nimmt er momentan wahr?

Soll der Pflegedienst weiterhin kommen?

- Ja Nein

Diagnostizierte Krankheiten:

Alzheimer:

- Leicht Mittel Fortgeschritten

Demenz:

- Leicht Mittel Fortgeschritten

Diabetes:

- Tablettenpflichtig Insulinpflichtig

Inkontinenz:

- Inkontinent Teilweise Inkontinent Harninkontinenz Stuhlinkontinenz

Weitere Erkrankungen:

- Asthma Durchfall Parkinson Osteoporose Stoma
 Rheuma Herzstörungen Herzinfarkt Schlaganfall Hypertonie
 Multiple Sklerose (MS) Dekubitus Schluckstörung Depression

Andere Erkrankungen:

Tumorerkrankungen, wenn ja welche?



Mobilität:

- Bettlägerig Rollstuhlfähig Rollatorfähig
 Volle Mobilität Leicht Gehbehindert Muss getragen werden

Ergänzende Angaben:

Mobilität:

- Pflegebett Gurt zum Heben Rollstuhl Hörgerät
 Rollator Bettenlift Badewannenlift Brille

Weitere:

Muss die Person umgehoben werden?

- Ja Nein

Kommunikation:

Sehen:

- Gut Teilweise Eingeschränkt Unmöglich

Sprechen:

- Gut Teilweise Eingeschränkt Unmöglich

Hören:

- Gut Teilweise Eingeschränkt Unmöglich

Orientierung:

- Gut Teilweise Eingeschränkt Unmöglich

Geistiger Zustand:

- Klar Teilnahmslos Apathisch Verwirrt Aggressiv

Körperpflege:

- Selbstständig Teilweise Selbstständig Nicht Möglich



An- und Ausziehen:

- Selbstständig** **Teilweise Selbstständig** **Nicht Möglich**

Toilette:

- Selbstständig** **Teilweise Selbstständig** **Nicht Möglich**

Leidet der Patient an ansteckenden Krankheiten?

- Ja** **Nein**

Wenn ja, welche?

Beschreiben Sie bitte kurz den Charakter und das Wesen des Patienten

Gewünschte Tätigkeiten der Betreuungskraft:

- Allgemeine Seniorenbetreuung** **Begleitung zum Arzt**
 aktivierende Betreuung (spazieren gehen, Freizeitgestaltung) **Kochen**
 Wäsche waschen **Bügeln** **Gartenarbeiten** **Einkaufen**
 Haustierpflege **Reinigen des Haushaltes** **Körperpflege**
 Hilfe beim An und Ausziehen
 Hilfe beim Einnehmen von Mahlzeiten **Bügeln** **Gartenarbeiten**

Nachtbetreuung erforderlich

- Ja** **Nein**

Wenn ja, wie oft?

Weitere gewünschte Tätigkeiten?



Angaben zur Betreuungskraft

Geschlecht:

- Frau Mann Egal

Alter:

- 20-35 35-50 Über 50 Egal

Pflegeerfahrung:

- Nicht notwendig Notwendig Wäre gut Egal

Führerschein:

- Ja Nein Egal

Nichtraucher:

- Ja Nein Egal

Gewünschte Deutschkenntnisse:

- Sehr gut Gut Mittelmäßig bis ausreichend Kaum deutsch
 Egal

Unterkunft der Betreuungskraft

Hat die Pflegerin ein separates Zimmer:

- Ja Nein

Bad:

- Eigenes Bad Badmitbenutzung

Einrichtung:

- Bett Schrank Tisch TV Radio

Kommunikationsmöglichkeiten:

- Telefon Festnetz mit Auslandsflatrate Internetzugang
 Internetzugang im eigenen Zimmer

Einkaufsmöglichkeiten:

- 10 Minuten 20 Minuten 30 Minuten Mehr
 Zu Fuß Mit öffentlichen Verkehrsmitteln



Freizeitregelung der Betreuerin:

- 2-3 Std. pro Tag ½ Tag pro Woche 1 pro Woche
- 1 Wochenende pro Monat
- Nach Absprache
-

Angaben zum Betreuungsverhältnis

Wann soll die Betreuung beginnen?

Voraussichtliche Dauer der Betreuung:

- Unbefristet

Befristet bis zum:

Wie sind sie auf mich aufmerksam geworden?

- Internet Zeitungsanzeige Freunde, Bekannte, Hörensagen
- Flyer Plakate

Ich bestätige, dass ich die obigen Angaben nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass Andreas Waldkirch die in diesem Formular erhobenen persönlichen Daten im Rahmen der Bearbeitung meiner Anfrage verarbeitet und, soweit es für die Vertragsermittlung erforderlich ist, an in- und ausländischen Kooperationspartner innerhalb der Europäischen Union weitergibt. Darüber hinaus akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, die einzusehen ist unter:

<https://www.waldkirchpflege.de/datenschutz/>. Zudem versichere ich, zur Angabe und Weiterleitung der angegebenen persönlichen Daten über die pflegebedürftige Person berechtigt zu sein. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung der Anfrage von Andreas Waldkirch kontaktiert zu werden. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____