

## FRAGEBOGEN

### Betreuung im eigenen Zuhause

#### 1. Angaben zur Person

<b>Name, Vorname:</b> _____
<b>Geburtsdatum:</b> _____ <b>Geschlecht:</b> W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>Adresse</b> <b>Straße:</b> _____ <b>PLZ, Ort:</b> _____
<b>Kontakt</b> <b>Telefon:</b> _____ <b>Mobil:</b> _____ <b>E-Mail:</b> _____
<b>Größe:</b> _____ <b>Gewicht:</b> _____ <b>Pflegegrad:</b> _____
<b>a. Angehörige</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Leben im selben Haushalt <input type="checkbox"/></li><li>• Leben im selben Haus <input type="checkbox"/></li><li>• Kommen zu Besuch <input type="checkbox"/>, wie oft? _____</li></ul>
<b>b. Gesundheitsmerkmale</b>  Kommunikation: gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> fast nicht möglich <input type="checkbox"/>  Orientierung: gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> Mobilität: gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/>  Eingeschränkte Mobilität: Stock <input type="checkbox"/> Gehwägen <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Bettlägerig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Windeln: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Nachthilfe: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja: 1 - 2mal <input type="checkbox"/> 3mal oder mehr <input type="checkbox"/>

**Die betreute Person:**

- muss angehoben werden  kann dabei mithelfen

**Hilfsmittel:**

- Hebegurt  Hebesitz  Patientenlift  
 andere: \_\_\_\_\_

**c. Krankheiten**

- Demenz  Diabetes  Bluthochdruck  
 Inkontinenz  Parkinson  MS-Patient  
 Dauerkatheter  Schlaganfall  Herz/Kreislaferkrankungen  
 Sehbehinderung  Tumor  Schwerhörigkeit  
 Stoma (Darmkatheter)  Speiseröhren Problematik  
 geistige Behinderung  Dekubitus  
 Rheuma  Allergien

Sonstige Krankheiten: \_\_\_\_\_

**d. Andere Informationen über den Patienten /z. B. Charakterzüge**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst?

- ja  nein

Wie oft? (tgl./wöchtl.) \_\_\_\_\_

Welche Tätigkeiten? \_\_\_\_\_

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch eine Reinigungskraft?

(Putzfrau/Nachbarschaftshilfe)

- ja  nein

Wie oft? (tgl./wöchtl.) \_\_\_\_\_

Welche Tätigkeiten? \_\_\_\_\_

Ist die Wohnung/ das Haus behindertengerecht ausgestattet?

- ja  nein

Wenn ja, bitte kurz beschreiben wie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn nicht, (oder nicht komplett) was fehlt?

Ist das Bad behindertengerecht ausgestattet?

- ja  nein

Wenn ja, bitte kurz beschreiben wie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn nicht, (oder nicht komplett) was fehlt?

Zusätzliche Beschreibung/ wichtige Aspekte:

---

---

---

## e. Selbständigkeit

	selbst.	teilweise selbst.	unter Anleitung	vollständige Unterstützung
baden/duschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß/Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen				
/waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege*:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an-/auskleiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
essen/trinken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Bitte beachten Sie, dass unsere Betreuer/innen keine medizinische Fußpflege übernehmen können. Unsere Fußpflege umfasst Fußbäder und Fußmassage.

## 2. Anforderungen an unsere Betreuer/-innen

- a.**
- Geschlecht:  weiblich  männlich  irrelevant
- Alter:  25 - 35  35 - 45  45 - 55 u. mehr  irrelevant
- Deutschkenntnisse:  sehr gut  gut  ausreichend

- b.**
- Ausbildung: Fachkraft mit Uni-Abschluss /Zeugnisse
  - Ausbildung: Pflegekraft/Zeugnisse
  - Erfahrung im Pflegebereich/Referenzen
  - Erfahrung im hauswirtschaftlichen Bereich/Referenzen

- c.**
- Führerschein mit Fahrpraxis:
- ja, wichtig  gern gesehen  irrelevant

**d.**

Kräftige Person:

- ja, wichtig       gern gesehen       irrelevant

Nichtraucher:

- ja, wichtig       kann im Freien rauchen       irrelevant

Tierlieb:

- ja, wichtig       irrelevant

## 3. Gewünschte Leistungen

**a. anfallende Pflichten als Betreuer/in:**

Tägliche Hilfe beim:

- Waschen \_\_\_\_\_  
 Ankleiden \_\_\_\_\_  
 Nahrungsaufnahme \_\_\_\_\_  
 Spazieren gehen \_\_\_\_\_  
 aktivierende Betreuung \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**b. Wichtige zusätzliche Informationen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**c. Aufgaben im Haushalt:**

- Kochen für: \_\_\_\_\_ Personen  
 Bügeln       Saubermachen  
 Waschen       Einkaufen  
 andere: \_\_\_\_\_

- Winterdienst erwünscht?  
 Haustiere (wenn ja, welche): \_\_\_\_\_

- Grundreinigung beim Eintreffen notwendig (muss zusätzlich berechnet werden)

- Haus       Wohnung      Flächen zum Sauberhalten: \_\_\_\_\_

4. Wichtige zusätzliche Aspekte/Wünsche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.

Voraussichtlicher Beginn der Betreuung: \_\_\_\_\_

a. Dauer des Einsatzes: \_\_\_\_\_

b. gewünschte Betreuungsauflösung / Betreuungswechsel:

Dreimonatlich     Zweimonatlich     Monatlich     andere: \_\_\_\_\_

c. Hat unser/-e Betreuer/-in einen Rückzugsraum (Privatsphäre) in dem gleichen Gebäude?

ja             nein

d. Wie ist die Unterbringung unserer Betreuungskraft?

Zimmer mit ca. \_\_\_\_\_ qm     Wohnung mit ca. \_\_\_\_\_ qm

e. Gibt es in dem Haushalt einen Internet-Zugang?

ja             nein

f. Es ist erwünscht das unser/-e Betreuer/-in zusammen mit der zu betreuenden Person die Mahlzeiten einnimmt:

ja             nein

g. Zusätzliche Hinweise zu den Punkten: (c. d. und e.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 6. Kontaktpersonen:

(bitte, wenn möglich, immer zwei Kontaktpersonen angeben)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad mit dem/der Betreuungsbedürftigen: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad mit dem/der Betreuungsbedürftigen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Auftraggeber

Dieser Fragebogen dient als Leistungsbeschreibung, um Ihnen unverbindlich ein optimales Angebot zu machen.

Ihre Angaben werden von uns vertraulich behandelt und nicht an Unbeteiligte weitergegeben. Wir beachten die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes.