

FRAGEBOGEN

Betreuung im eigenen Zuhause

1. Angaben zur Person

| |
|---|
| Name, Vorname: _____ |
| Geburtsdatum: _____ Geschlecht: W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Adresse Straße: _____ PLZ, Ort: _____ |
| Kontakt Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____ |
| Größe: _____ Gewicht: _____ Pflegegrad: _____ |
| a. Angehörige <ul style="list-style-type: none">• Leben im selben Haushalt <input type="checkbox"/>• Leben im selben Haus <input type="checkbox"/>• Kommen zu Besuch <input type="checkbox"/>, wie oft? _____ |
| b. Gesundheitsmerkmale 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"/> Gehwagen <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:

- Hebe Gurt 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"/> |

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:

a1. unbegrenzt

a2. Kurzeinsatz/ Probezeit (von 30 bis 90 Tage)

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

ja nein

c. Wie ist die Unterbringung unserer Betreuungskraft?

Zimmer mit ca. _____ qm Wohnung mit ca. _____ qm

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

ja nein

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

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.