

## Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und senden uns diesen per E-Mail zu. Wir erstellen Ihnen dann ein unverbindliches Angebot für eine 24h häusliche Pflegebetreuung. Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

---

### 1. Angaben zum Auftraggeber (Kontaktperson)

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße, Nr.:	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Verwandtschaftsgrad mit der zu betreuenden Person:	<input type="text"/>		

---

### 2. Angaben zur zu betreuenden Person

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>			
Straße, Nr.:	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>			
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>			
Fax:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>			
Größe:	<input type="text"/>	Gewicht:	<input type="text"/>			
Geb.datum:	<input type="text"/>					
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Beantragt:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Wohnt die zu betreuende Person allein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				

### 3. Diagnosen/Krankheitsbilder

- |  |   |                                       |                                     |                                      |
|--|---|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                | <input type="checkbox"/> li. – <input type="checkbox"/> re. | <input type="checkbox"/> Laufschwäche | <input type="checkbox"/> Allergien  | <input type="checkbox"/> Tumor       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) |   | <input type="checkbox"/> Osteoporose  | <input type="checkbox"/> Rheuma     | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung         |   | <input type="checkbox"/> Inkontinenz  | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Parkinson   |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz           |   | <input type="checkbox"/> Demenz       | <input type="checkbox"/> Alzheimer  | <input type="checkbox"/> Dekubitus   |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose           |   | <input type="checkbox"/> Diabetes     | <input type="checkbox"/> Asthma     | <input type="checkbox"/> Stoma       |
| <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle       |   | <input type="checkbox"/> Depression   |                                     |                                      |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:                   | <input type="text"/>  |                                       |                                     |                                      |

---

### 4. Sprach-/Hör-/Sehschwierigkeiten

- Sprechen:  in Ordnung     mäßig     massive Probleme
- Hören:  in Ordnung     mäßig     massive Probleme
- Sehen:  in Ordnung     mäßig     massive Probleme
- Hilfsmittel:

---

### 5. Orientierung

- zeitlich:  ja     zeitweise     massive Probleme
- örtlich:  ja     zeitweise     massive Probleme
- persönlich:  ja     zeitweise     massive Probleme

---

### 6. Bewegung

- selbstständig     mit Unterstützung     mit Rollstuhl     bettlägerig
- Hilfsmittel:

## 7. Körperpflege/Hygiene

- Duschen/Baden  uneingeschränkt  teilweise eingeschränkt  eingeschränkt
- Hautpflege  uneingeschränkt  teilweise eingeschränkt  eingeschränkt
- Mundpflege/Zahnprothese  uneingeschränkt  teilweise eingeschränkt  eingeschränkt
- Haarpflege  uneingeschränkt  teilweise eingeschränkt  eingeschränkt
- Intimpflege  uneingeschränkt  teilweise eingeschränkt  eingeschränkt
- Handpflege  uneingeschränkt  teilweise eingeschränkt  eingeschränkt
- Fußpflege  uneingeschränkt  teilweise eingeschränkt  eingeschränkt
- Rasieren  uneingeschränkt  teilweise eingeschränkt  eingeschränkt

Sonstige:

## 8. Kontinenz

- kontinent  inkontinent  teilweise inkontinent

Hilfsmittel:

## 9. An-/Auskleiden

- selbstständig  mit Unterstützung  hilfsbedürftig

## 10. Nahrungsaufnahme

- selbstständig  mit Unterstützung  hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

## 11. Wie oft steht die zu betreuende Person nachts auf?

- kein mal  1 mal  2-3 mal  häufiger  Schlafmittel

Benötigt die zu betreuende Person dabei Hilfestellung?

- ja  nein

## 12. Weitere Fragen zur zu betreuenden Person

Ist die zu betreuende Person bettlägerig?  ja  nein

Muss die zu betreuende Person gelagert werden?  ja  nein

Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen?  ja  nein

Benötigt die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer?  ja  nein

Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit?  ja  nein

Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen?  ja  nein

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten?  ja  nein

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?  ja  nein

Soll der ambulante Pflegedienst weiterhin kommen?  ja  nein

Wie oft täglich?  Für welche Tätigkeiten?

---

## 13. Gewünschte Eigenschaften der Betreuer/in

Geschlecht:  weiblich  männlich  egal

Alter:  bis 30  ab 40  ab 50  egal

Kochkenntnisse:  erforderlich  nicht erforderlich  egal

Führerschein:  erforderlich  nicht erforderlich  egal

Deutschkenntnisse:  sehr gut<sup>1)</sup>  gut<sup>2)</sup>  mittel<sup>3)</sup>  gering<sup>4)</sup>  kaum<sup>5)</sup>

Sonstige:

<sup>1)</sup> *sehr gut* – Die Betreuungskraft kann sich problemlos verständigen und ist in der Lage Alltagsgespräche zu führen.

<sup>2)</sup> *gut* - Die Betreuungskraft versteht einfache alltägliche Sätze und ist in der Lage sich gut mit der zu betreuenden Person zu verständigen.

<sup>3)</sup> *mittel* - Eine einfache Unterhaltung ist möglich.

<sup>4)</sup> *gering* - Die Betreuungskraft versteht einfache alltägliche Sätze und kann sich mit einzelnen Worten verständigen.

<sup>5)</sup> *kaum* - Die Betreuungskraft versteht einfache alltägliche Ausdrücke. Die Kommunikation ist nur geringfügig möglich.

---

**14. Unterkunft am Betreuungsort**

- Wohnung       Haus       Stadt       Dorf
- 

**15. Ausstattung des Zimmers für den/die Pflegebetreuer/in**

- eigenes Bad       Bett       Tisch       Schrank  
 Computer       Internetzugang       Radio       TV

Sonstiges:

Leben in dem Haushalt Tiere?  nein       ja, welche:

---

**16. Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß erreichbar)**

- 10 Minuten       20 Minuten       länger/weiter       wird von der Familie erledigt
- 

**17. Gewünschter Beginn der Betreuung/Pflege**

- schnellstmöglich       zum Wunschtermin:
- 

**Wie sind Sie auf aufmerksam geworden?**

- Seniorenbüro       Familie/Bekannte       Internet       Zeitung  
 Krankenhaus       Arzt       Sonstiges:
- 

Bemerkung:

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift