



Kontakt Polen:
PARTNER Magdalena Kopczynska
ul. Kraszewskiego 1/4
58-500 Jelenia Góra
Tel: / Fax: 0048 75 6472242
Mail: biuro@agencja-partner.pl

I. Auftraggeber (Kontaktperson)

Name: Vorname:

Anschrift mit PLZ:

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person (Sohn/Tochter , Nachbar , usw.).....

Telefon: Handy:

E-Mail:

Ich bestätige , zur Weitergabe der obigen personenbezogenen Daten der Kontaktperson/-en berechtigt zu sein.

II. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person (bei Betreuung eines Ehepaares bitte zweiten Fragebogen ausfüllen)

Name: Vorname:

Anschrift mit PLZ:

Telefon: Handy:

Alter: Größe: Gewicht:

Pflegestufe: keine 1 2 3 4 5

III. Gesundheitsmerkmale:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> MS-Patient | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Demenz (Anfangsstadium) | <input type="checkbox"/> Demenz (fortgeschritten) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> Schlaganfall re. / li. | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus (Druckgeschwür) | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> künstlicher Darmausgang | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwache | | |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz : | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> Windeln |
| <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Vorlagen | <input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter |

- | | | | |
|------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> nein |
| Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> nein |

sonstige Krankheiten, bitte beschreiben:

- Beweglichkeit:**
- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> voll | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> unterstützend | <input type="checkbox"/> Treppen steigen |
| <input type="checkbox"/> bettlägerig | | | |

Sollte die zu betreuende Person gelagert werden? ja nein

Falls ja: kann die zu betreuende Person mithelfen? ja nein

Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl? ja nein

Arbeitet die zu betreuende Person beim Transfer mit? ja nein

Körperlicher Zustand: gut leidlich schlecht sehr schlecht

Geistiger Zustand: klar apathisch teilnahmslos verwirrt Aggressiv

Orientierungsvermögen:

zeitlich ungestört eingeschränkt desorientiert

örtlich ungestört eingeschränkt desorientiert

persönlich ungestört eingeschränkt desorientiert

situativ ungestört eingeschränkt desorientiert

Hörvermögen: ungestört eingeschränkt taub

Sprachvermögen: ungestört eingeschränkt stumm

Sehvermögen: ungestört eingeschränkt blind

Welche Hilfsmittel werden benötigt?

Rollstuhl

Rollator

Kann sich die zu betreuende Person selbständig mit einem Rollator fortbewegen? ja nein

Toilettenstuhl

Ist die selbständig Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls möglich ?

uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Badewannenlift

Pflegebett

Treppenlifter

Transferlifter

Antidecubitusmatratze

Sonstige:

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? ja nein

Falls ja:

Wie oft kommt der Pflegedienst ?

Für welche Tätigkeiten ?.....

Welche Leistungen erbringt der Pflegedienst ?.....

Soll die ambulante Pflege fortgeführt oder beauftragt werden? ja nein

IV. Soziale Situation:

Interessen der zu betreuenden Person:

.....

Angehörige: wohnen im selben Haushalt wohnen in der Nähe wohnen weit entfernt

kommen zu Besuch, wie oft: gelegentlich.....

Ist die betreuungsbedürftige Person allein stehend? ja nein

Falls nein, wie viele Personen leben im Haushalt?

Soll eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden? ja nein

Falls ja, bitte einen separaten Fragebogen ausfüllen.

V. Gewünschte Leistungen:

1. Hauswirtschaftliche Versorgung:

- Grundreinigung nach Ankunft nötig (wird zusätzlich berechnet)
- kochen für 1 Personen saubermachen einkaufen waschen bügeln
- sonstige Arbeiten:

2. Betreuung

- Spaziergehen Hilfe beim Essen und Trinken Körperpflege Hilfe beim Ankleiden
- Windeln wechseln aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele) Arztbesuche
- leichte pflegerische Tätigkeiten:
-
- andere (bitte genau beschreiben):

Nachruhe: ungestört gelegentlich gestört erheblich gestört

 uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schlafmedikation ?

Ist regelmäßige Nacharbeit notwendig? ja nein

Wenn ja , bitte genauer beschreiben:

Wie oft steht die zu betreuende Person jede Nacht auf und aus welchem Grund?

.....

Wie oft muss die Betreuungskraft in der Nacht voraussichtlich aufstehen und helfen?

.....

Bei welchen Tätigkeiten ?

.....

VI. Bitte den üblichen Tagesablauf kurz beschreiben:

VII. Angaben zum Haushalt

Wohnung Haus qm

Haustiere: ja nein Wenn ja, welche:

Stadt

Dorf, nächste größere Stadt, entfernt km

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß – Min.ca.)

IX. Ihre Wünsche bezüglich des Personals

Gewünschte Sprachkenntnisse:

- einfache Anweisungen sollen verstanden werden
- einfache Unterhaltung auf Deutsch soll möglich sein
- Kommunikativ Deutschkenntnisse
- gute Deutschkenntnisse

Geschlecht: weiblich männlich egal

Alter: 20-25 25-30 30-40 40-50 50-60 egal

Raucher: ja nein nur draußen

Referenzen: wichtig gern gesehen egal

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes:

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes (in Monaten):

Einsatz auch über Weihnachten, Neujahr, Ostern (Achtung! Berechnet wird ein doppelter Tagessatz für die gesetzlichen Feiertage)

Freizeit (nach Absprache):

- Stundenweise (min. 2-3 Stunden täglich)
- ein freier Tag pro Woche
- zwei halbe Tage pro Woche

Wer übernimmt in dieser Zeit die Betreuung?

Muss angekreuzt werden für den Vertrag

Die Betreuungskraft wird untergebracht in:

- Anzahl Zimmer:

- Ausstattung:

- Internet Zugang ja nein

- **Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Google oder andere**

- **Haben oder hatten Sie bereits eine ausländische 24h Betreuungskraft? nein**
- Ist diese Kraft noch vorhanden? -**
- Gab es Differenzen? -**

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unvollständige oder unrichtige Angaben können zu Mehrkosten oder Vertragskündigung führen.