



Kontakt:
Pflegepartnerkundk

Am Kirchsteig 15
83569 Vogtareuth

Tel: 08038/908709

Mail: pflegepartnerkundk@gmx.de

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"/> chronischem Durchfalle
<input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwache		
<input type="checkbox"/> Inkontinenz:	<input type="checkbox"/> Blasenkatheeter	<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: ☐ voll ☐ Rollstuhl ☐ unterstützend ☐ Treppen steigen
☐ 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	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> desorientiert
örtlich	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> desorientiert
persönlich	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> desorientiert
situativ	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> desorientiert
Hörvermögen:	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> taub
Sprachvermögen:	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stumm
Sehvermögen:	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> 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 alleinstehend? ☐ 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):

Nachtruhe: ☐ 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 Nachtarbeit 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.