



Fragebogen

Um ein unverbindliches Angebot anzufordern, bitten wir Sie, den Fragebogen auszufüllen und uns per Fax, Post oder E-Mail zurückzusenden.

1. ANGABEN ZUR ANSPRECHPERSON

Ist die Ansprechperson gleichzeitig der Auftraggeber? ja nein	
Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Mobil
Fax:	Email

2. ANGABEN ZUR BETREUUNGSBEDÜRFTIGEN PERSON

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Mobil
Geburtsdatum	Pflegestufe
Gewicht (kg)	Größe (cm)
Verhältnis zur Ansprechperson (Mutter, Vater, etc.)	
Interessen, Hobbys	

3. ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND DER BETREUUNGSBEDÜRFTIGEN PERSON

ERKRANKUNGEN/BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Demenz	Diabetes	Stoma (Darmausgang/Urinausleitung)
Alzheimer	Dauerkatheter	Herz-Kreislaufkrankungen
Schlaganfall	Parkinson	Bluthochdruck
Inkontinenz	Schwerhörigkeit	Rheuma
MS-Patient	Herzinfarkt	Osteoporose
Herzinsuffizienz	Herzrhythmusstörungen	Altersbedingte Gehschwäche
Asthma	Druckgeschwür	Probleme mit der Speiseröhre
Schlaganfall, Beeinträchtigungen:		
Tumor/Krebserkrankungen:		
Allergien:		
Sonstige Krankheiten (bitte erläutern):		
Aktuelle Therapien:		

Agentur Betreuung zuhaus'
Malgorzata Schaffars
Kellriesenstraße 2b
97877 Wertheim-Urphar

Telefon: 09342/9151977
Fax: 09342/9151978
Mobil: 0163/7410566
Email: info@betreuung-zuhaus.de
www.betreuung-zuhaus.de



MOBILITÄT/BEWEGUNG

kann alleine laufen
kann mit Hilfe laufen
Rollstuhl, aber selbstäniges Aufstehen möglich
Rollstuhl, Aufstehen mit Unterstützung möglich
Rollstuhl, komplett hilfsbedürftig
Rollator, aber selbstständiges Aufstehen möglich
Rollator, Aufstehen mit Unterstützung möglich
Rollator, komplett hilfsbedürftig
bettlägerig
falls bettlägerig: die zu betreuende Person muss angehoben werden die zu betreuende Person kann mithelfen die zu betreuende Person kann nicht mithelfen, komplett hilfsbedürftig

TRANSFER VOM/INS BETT

selbständig	hilft mit	komplett hilfsbedürftig
-------------	-----------	-------------------------

KÖRPERLICHER ZUSTAND

gut	leidlich	schlecht	sehr schlecht
-----	----------	----------	---------------

GEISTIGER ZUSTAND

klar	dem Alter normal	apathisch	teilnahmslos	verwirrt	aggressiv
------	------------------	-----------	--------------	----------	-----------

DEPRESSION

Ja	wenn ja, schwach	stark	nein
----	------------------	-------	------

KOMMUNIKATION

Sprache	gut	eingeschränkt	gar nicht möglich
Hörvermögen	gut	eingeschränkt	gar nicht
Sehvermögen	gut	eingeschränkt	gar nicht
Hilfsmittel:	Hörgerät	ja	nein
	Brille	ja	nein

ORIENTIERUNG

zeitlich	ja	zeitweise	gar nicht
örtlich	ja	zeitweise	gar nicht
persönlich	ja	zeitweise	gar nicht



4. ANGABEN ZUR HAUSWIRTSCHAFTLICHEN VERSORGUNG

Welche Tätigkeiten werden notwendig?

Kochen		Bügeln	
Spülen		Fenster putzen	
Zubereiten von Essen		Einkaufen	
für wie viele Personen?		Wohnung/Haushalt putzen	
Wäsche waschen		Spaziergänge	
Fläche zum Sauberhalten	m ²	Begleitung beim Einkaufen	
Haustierpflege		Arztbesuche	
		Leichte Gartenarbeiten gewünscht?	ja nein
Andere gewünschte Aufgaben			

5. WELCHE UNTERSTÜTZENDEN PFLEGETÄTIGKEITEN SIND GEWÜNSCHT?

Hilfe beim Essen	Kämmen
Hilfe beim Waschen (Baden, Duschen)	Hilfe beim An- und Auskleiden
Waschen (Baden, Duschen)	An- und Auskleiden
Haarpflege	Eincremen
Hilfe bei der Toilette	Windeln wechseln
Hilfe beim Aufstehen/Zubettgehen	
Weiteres bitte beschreiben:	

6. ANGABEN ZUM HAUSHALT

ALLGEMEINE ANGABEN

Wohnung	Haus	mit Garten	
Stadt - ca.	Einwohner	Dorf - ca.	Einwohner
Einkaufsmöglichkeiten im Ort	ja	nein	
Nächste größere Stadt vom Wohnort			
Entfernung vom Wohnort	km	Erreichbar mit	
Wohnen noch andere Personen im Haushalt		Ja	Nein
Wenn ja, wer?			
Falls ja, sollen diese hauswirtschaftlich mitversorgt werden?		Ja	Nein



BESCHREIBUNG DER UNTERKUNFT DER BETREUUNGSKRAFT

Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft

Fläche	m ²	eigenes Bad	Bett	Tisch	Kleiderschrank
Radio		TV	Internet	Balkon	
Weitere Angaben					

7. ERWARTUNGEN AN DIE BETREUUNGSKRAFT

GESCHLECHT

weiblich	männlich	egal
----------	----------	------

ALTER

egal	gewünschtes Alter
------	-------------------

GRAD DER DEUTSCHKENNTNISSE (BITTE ANGEBEN)

--

FÜHRERSCHEIN

egal	ja	nein
------	----	------

WEITERE GEWÜNSCHTE EIGENSCHAFTEN UND QUALIFIKATIONEN DER BETREUUNGSKRAFT (BITTE BESCHREIBEN)

--

ARBEITSPENSUM/FREIZEIT AUSGLEICH

Ab wann wird die Betreuungskraft erwünscht?
Voraussichtliche Arbeitszeit pro Tag
Wie wird der Freizeitausgleich der Betreuungskraft geregelt (z. B. 1-2 Tage/Woche frei, Stunden/Tag o. Ä.)



8. WEITERE INFORMATIONEN

Haben Sie schon eine 24 Stunden Seniorenbetreuung in Anspruch genomenn? ja nein

Wie sind Sie auf die **Agentur Betreuung zuhaus'** aufmerksam geworden?

Internet/ Suchmaschinen (z. B. Google)

Empfehlung eines Krankenhauses / eines Arztes (bitte Angeben)

Empfehlung einer Sozialstation / eines Pflegedienstes (bitte angeben)

Empfehlung einer Pflegeberatung / eines Pflegestützpunktes (bitte angeben)

Informationsblatt/Broschüren

Presse/Fernsehen

Empfehlung durch

Der Fragebogen dient als Leistungsbeschreibung für den Leistungserbringer. Er ist Bestandteil eines abzuschließenden Dienstleistungsvertrages.

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Ort

Datum

Unterschrift