



## 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

<b>Ist die Ansprechperson gleichzeitig der Auftraggeber? ja</b>		<b>nein</b>
Name	Vorname	
Straße	PLZ, Ort	
Telefon	Mobil	
Fax	Email	

### 2. ANGABEN ZUR ERSTEN 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 ERSTEN BETREUUNGSBEDÜRFTIGEN PERSON

<b>ERKRANKUNGEN/BEEINTRÄCHTIGUNGEN</b>		
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:		



**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



### NAHRUNGS-AUFNAHME

selbständig	braucht Hilfe (z. B. beim Schneiden)	hilfsbedürftig
Schluckstörungen	PEG Sonde	Trinkdefizit

### TOILETTE

selbständig	Mit Hilfe	Teilinkontinenz	Vollinkontinenz	nachts Teilinkontinenz	Nachts Vollinkontinenz
Hilfsmittel vorhanden: Windeln Vorlagen Urinflasche Katheter Künstlicher Darmausgang					
Wechseln der Windeln bei Inkontinenz: Wenn ja, wie oft?					

### ÜBERWACHUNG IN DER NACHT

Nächtliche Überwachung notwendig	ja	nein
Wenn ja, wie soll diese ablaufen?		
Nachtruhe gestört	ja	nein
Falls ja, wie oft?		
Bekommt die zu betreuende Person Schlafmittel?	ja	nein

### VORHANDENE HILFSMITTEL

Pflegebett	Hebegurt	Hebesitz	Rollator
Rollstuhl	Patientenlift	Toilettenstuhl	Duschstuhl
Treppenlift	Dekubitusmatratze	Unterarmstützung	
Sonstige Hilfsmittel vorhanden?			

### EINSATZ ANDERER PFLEGEDIENSTE

Es wird zurzeit kein Pflegedienst beansprucht Regelmäßige Dienste eines ambulanten Pflegedienstes wie oft kommt der Pflegedienst?
---

## 4. ANGABEN ZUR ZWEITEN BETREUUNGSBEDÜRFTIGEN PERSON

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



**5. ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND DER ZWEITEN BETREUNGSBEDÜRFTIGEN 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:		

**MOBILITÄT/BEWEGUNG**

kann alleine laufen
kann mit Hilfe laufen
Rollstuhl, aber selbständiges 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
------	------------------	-----------	--------------	----------	-----------

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



**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

**NAHRUNGS-AUFNAHME**

selbständig	braucht Hilfe (z. B. beim Schneiden)	hilfsbedürftig
Schluckstörungen	PEG Sonde	Trinkdefizit

**TOILETTE**

selbständig	Mit Hilfe	Teilinkontinenz	Vollinkontinenz	nachts Teilinkontinenz	Nachts Vollinkontinenz
Hilfsmittel vorhanden: Windeln Vorlagen Urinflasche Katheter Künstlicher Darmausgang					
Wechseln der Windeln bei Inkontinenz: Wenn ja, wie oft?					

**ÜBERWACHUNG IN DER NACHT**

Nächtliche Überwachung notwendig	ja	nein
Wenn ja, wie soll diese ablaufen?		
Nachtruhe gestört	ja	nein
Falls ja, wie oft?		
Bekommt die zu betreuende Person Schlafmittel?	ja	nein

**VORHANDENE HILFSMITTEL**

Pflegebett	Hebegurt	Hebesitz	Rollator
Rollstuhl	Patientenlift	Toilettenstuhl	Duschstuhl
Treppenlift	Dekubitusmatratze	Unterarmstützung	
Sonstige Hilfsmittel vorhanden?			



### EINSATZ ANDERER PFLEGEDIENSTE

Es wird zurzeit kein Pflegedienst beansprucht  
Regelmäßige Dienste eines ambulanten Pflegedienstes  
wie oft kommt der Pflegedienst?

### 6. 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 <sup>2</sup>	Begleitung beim Einkaufen
Haustierpflege	Arztbesuche
	Leichte Gartenarbeiten gewünscht? ja    nein
Andere gewünschte Aufgaben	

### 7. 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:	



## 8. 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 <sup>2</sup>	eigenes Bad	Bett	Tisch	Kleiderschrank
Radio		TV	Internet	Balkon	
Weitere Angaben					

## 9. 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.)



**10. WEITERE INFORMATIONEN**

Haben Sie schon eine 24 Stunden Seniorenbetreuung in Anspruch genommen? 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