



# Fragebogen

Das Ausfüllen des Fragebogens ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keinem Auftrag oder Vertragsabschluss und auch zu keiner Zahlung. Der vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllte Fragebogen ermöglicht uns ein detailliertes Angebot zu erstellen.

## I. Auftraggeber (Kontaktperson)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Ort/ PLZ: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## II. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Frau  Mann

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Ort/ PLZ: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Alter: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Mit wem wohnt der Patient/die Patientin? \_\_\_\_\_

Verhältnis zum Auftraggeber  Vater  Mutter  anderer Verhältnisgrad \_\_\_\_\_

Wer sollte der Vertragspartner sein?  Auftraggeber  Leistungsempfänger

An wen sollte die Rechnung geschickt werden?  Auftraggeber  Leistungsempfänger

Wann sollte die Betreuung beginnen? \_\_\_\_\_

Der Termin ist  fest  flexibel

Dauer der Betreuung:  ein Monat  6 Wochen  2 Monate



### III. Gesundheitsmerkmale

**Pflegegrad**

kein       1     2     3     4     5

beantragt  1     2     3     4     5

**Ist der Patient zur Zeit durch einen Pflegedienst versorgt?**     ja                     nein

**Wenn ja – wie oft kommt der Pflegedienst?** \_\_\_\_\_

**Wenn ja – womit beschäftigt sich der Pflegedienst?** \_\_\_\_\_

---

**Wird der Pflegedienst nach Ankunft der Betreuungskraft weiter in Anspruch genommen?**

ja             nein

**Welche Krankheiten sind bei dem Patienten / der Patientin bekannt?**

Altersbedingte Schwäche

Alzheimer

Asthma

Bluthochdruck

Chronische Durchfälle

Dekubitus

Demenz

Depression

Diabetes (tablettenpflichtig)

Diabetes (insulinpflichtig)

Herzinfarkt

Herzinsuffizienz

Herzrhythmusstörung

Inkontinenz

Multiple Sklerose (MS)

Osteoporose

Parkinson

Rheuma

Schlaganfall

Schluck-/Kaustörungen

Stoma

Tumor/ Krebserkrankungen

welche? \_\_\_\_\_

andere Krankheiten:

\_\_\_\_\_



**Demenz**

- beginnend
- mittelschwer
- fortgeschritten
- Weglauftendenz
- aggressives Verhalten

**Desorientierung**

- zur Person
- zum Ort
- zur Zeit

**Beweglichkeit**

- selbstständig
- mit Unterstützung
- Lähmung
- bettlägerig
- voller Transfer
- beim Transfer hilft der Patient mit

**Hilfsmittel**

- Gehstock
- Rollator
- Rollstuhl
- Pflegebett
- Lifte (welche: \_\_\_\_\_)
- Toilettenstuhl
- Duschstuhl

**Urinkontrolle**

- kontinent
- inkontinent
- teilweise inkontinent (z. B. Nachts)

**Stuhlkontrolle**

- kontinent
- inkontinent
- teilweise inkontinent (z. B. Nachts)

*Hilfsmittel vorhanden?*

- Windeln
- Katheter
- Einlagen
- Bettpfanne
- Urinflasche
- suprapubischer Katheter

**Kommunikation**

- Sprache  gut  eingeschränkt  gar nicht möglich
- Hörvermögen  gut  eingeschränkt  gar nicht möglich  Hörgerät
- Sehkraft  gut  eingeschränkt  gar nicht möglich  Brille

**Wie ist der Patient/ die Patientin vom Wesen und Charakter? Welches Hobby hat der Patient/ die Patientin? (kurze Beschreibung)**

---

---

---

---

---



### Personenbezogene Tätigkeiten

- allgemeine Seniorenbetreuung     Windeln/Einlagen wechseln     zum Arzt begleiten
- aktivierende Betreuung (Freizeitgestaltung, spazieren gehen)     Essen und Trinken überwachen/geben
- andere \_\_\_\_\_

**Körperpflege**     selbstständig     teilweise selbstständig     unter Anleitung     komplette Unterstützung

**An- und Ausziehen**     selbstständig     teilweise selbstständig     unter Anleitung     komplette Unterstützung

### Medikamenteneinnahme

- selbstständig     unter Aufsicht     unselbstständig

### Medikation wird gerichtet

- selbstständig     durch Angehörige     durch Pflegedienst

**Diät / Schonkost**     nein     ja (welche? \_\_\_\_\_)

**Gewöhnliche Zeit der Nachtruhe**    von ca. \_\_\_\_\_ Uhr bis ca. \_\_\_\_\_ Uhr

### Ein-/ Durchschlafen?

- keine Probleme     sporadisch     Schlaf-/Wachrhythmus gestört

### Steht der Patient nachts auf?

- nein     ja:     einmal     zweimal     dreimal oder mehr

**Bekommt er/sie Schlafmittel?**     ja     nein

**Braucht der Patient beim nächtlichen Aufstehen Hilfe?**     ja     nein

### Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

- kochen     waschen     bügeln     Einkäufe machen     aufräumen/reinigen     leichte Gartenpflege
- weiteres \_\_\_\_\_



IHRE 24/7 PFLEGEHILFE

Ihre Zufriedenheit ist unser Ziel

*Betreuung mit Herz durch liebevolle, polnische Betreuungskräfte*

#### IV. Haushalt

- Großstadt                       Kleinstadt                       Dorf
- Einfamilienhaus                       Mehrfamilienhaus                       Wohnung

**Haushaltsfläche:** \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>                      **Gartenfläche:** \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>

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

**Einkaufsmöglichkeiten:**    ca. 10 min.                       ca. 30 min                       ca. 1 Stunde                       mehr \_\_\_\_\_

**Tiere**                       ja, welche \_\_\_\_\_                       nein

**Wird eigenes Zimmer für die Betreuungskraft vorhanden?**    ja                       nein

**Wenn nein – wo wird die Betreuungskraft untergebracht?** \_\_\_\_\_

#### **Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft**

- Bett                       Schrank                       Tisch                       TV                       Radio                       eigenes Bad
- andere \_\_\_\_\_

#### **Der Betreuungskraft zur Verfügung gestellten Kommunikationsmittel**

- Telefon                       Festnetz mit Auslandsflatrate                       Internet – Zugang



## V. Personalanforderungen

- Geschlecht:**  Frau  Mann  egal
- Alter:**  20 – 30  30 – 40  40 – 50  über 50  egal
- Pflegeerfahrung:**  nicht erforderlich  erforderlich  wäre von Vorteil
- Führerschein:**  nicht erforderlich  erforderlich  wäre von Vorteil
- Rauchen nicht erlaubt  Rauchen draußen erlaubt

### Deutschkenntnisse:

- Einfache Kenntnisse** - die Betreuungsperson verfügt über einen geringen Grundwortschatz und kann sich meistens mit einzelnen Worten und auf einfache Art verständigen, verfügt aber noch kaum über Grammatikkenntnisse. Die BP bemüht sich von sich selbst auf Deutsch zu sprechen, versucht auch Übersetzer-Apps zu benutzen, versteht einfache Sätze, wenn der Gesprächspartner hilft und langsam spricht.
- Mittlere Kenntnisse** – die Betreuungsperson versteht schon relativ viel, kann aber nicht fließend sprechen. Grammatische Regeln sind noch nicht automatisiert. Die BK kennt einfache Wendungen, die es ihr ermöglichen, sich in routinemäßigen Alltagssituationen zurechtzufinden. Sie kann in kurzen Sätzen entsprechend auf vertraute und geläufige Fragen und Informationen reagieren.
- Gute Kenntnisse** – die Betreuungsperson kann sich allgemeinsprachlich gut und sicher auf Deutsch verständigen und sich einfach und zusammenhängend über vertraute Themen äußern sowie aktiv an alltäglichen Unterhaltungen teilnehmen. Die BK baut oftmals längere Sätze, einzelne Fehler können ihr noch sporadisch unterlaufen. Die BP ist sich schon der meisten grammatischen Regeln bewusst.