

Fragebogen für Interessenten

menschlich versorgt Orffstraße 39/II 80637 München

● I. Auftraggeber

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift mit PLZ: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Mobil: _____ e-Mail: _____

● II. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift mit PLZ: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Pflegestufe: keine 1 2 3 Härtefall

● III. Krankheiten

Demenz Diabetes Parkinson Schlaganfall Alzheimer

Bluthochdruck Inkontinenz Dauerkatheter Schwerhörigkeit Tumor

Dekubitus (Druckgeschwür) Herz-Kreislaufkrankung künstlicher Darmausgang

sonstige Krankheiten, bitte beschreiben:

Beweglichkeit: voll eingeschränkt bettlägerig

Körperlicher Zustand: gut leidlich schlecht sehr schlecht

Geistiger Zustand: klar teilnahmslos apathisch verwirrt

Orientierungsvermögen:

zeitlich ungestört eingeschränkt desorientiert

örtlich ungestört eingeschränkt desorientiert

persönlich ungestört eingeschränkt desorientiert

Hörvermögen: ungestört eingeschränkt taub

Sprachvermögen: ungestört eingeschränkt stumm

Sehvermögen: ungestört eingeschränkt blind

Welche Hilfsmittel werden benötigt?

Rollstuhl Rollator Toilettenstuhl Badewannenlift

Sonstige:

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? ja nein

Falls ja, bitte die ausgeführten Leistungen beschreiben:

Soll die ambulante Pflege fortgeführt oder beauftragt werden? ja nein

● IV. Soziale Situation:

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

kommen zu Besuch, wie oft: _____

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.

Ist die zu betreuende Person Raucher? ja nein

● V. Gewünschte Leistungen:

1. Hauswirtschaftliche Versorgung:

Grundreinigung nach Ankunft nötig (wird zusätzlich berechnet)

leichte Gartenarbeiten

kochen für _____ Personen

saubermachen

einkaufen

waschen

bügeln

sonstige Arbeiten: _____

2. Betreuung

Körperpflege

Hilfe beim Ankleiden

spazieren gehen

Hilfe beim Essen und Trinken

Windeln wechseln

aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele)

leichte pflegerische Tätigkeiten, die vom Arzt oder Pflegedienst gezeigt werden: _____

Nachtruhe: ungestört

gelegentlich gestört

erheblich gestört

Ist regelmäßige Nacharbeit notwendig?

ja

nein

Wenn ja, bitte genauer beschreiben:

● VI. Angaben zum Haushalt

Wohnung Haus qm _____ mit Garten

Haustiere: ja nein Wenn ja, welche: _____

Stadt, ca _____ Einwohner

Dorf, nächste größere Stadt _____, entfernt _____ km

● VII. Ihre Wünsche bezüglich des Personals

Gewünschte Sprachkenntnisse:

- auch ohne Kenntnisse der deutschen Sprache
- einfache Anweisungen sollen verstanden werden
- einfache Unterhaltung auf Deutsch soll möglich sein

Geschlecht: weiblich männlich egal

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

Führerschein erforderlich: ja nein

Raucher: nein egal

Referenzen: wichtig gern gesehen egal

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes: _____

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes (in Monaten): _____

Freizeit (nach Absprache):

- Stundenweise (min. 2-3 Stunden täglich)
- ein freier Tag pro Woche
- zwei halbe Tage pro Woche
- ein freies Wochenende pro Monat
- Urlaub bei Langzeitbetreuung

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

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung Internet Zeitung