

FRAGEBOGEN

Wir bitten Sie diesen Fragebogen detailliert und gut leserlich auszufüllen.

| Angaben zu Ansprechpersonen / Angehörigen | | | |
|---|------|----------|---------|
| Name: | | Vorname: | |
| Anschrift mit PLZ: | | | |
| Telefonnummer: (Festnetz) | Fax: | Handy: | E-Mail: |
| Angehörige: <input type="checkbox"/> leben im selben Haus <input type="checkbox"/> kommen zu Besuch (wie oft) | | | |

| Angaben zur pflegebedürftigen Person | | | |
|--------------------------------------|--------|----------|----------|
| Name: | | Vorname: | |
| Anschrift mit PLZ: | | | Telefon: |
| Alter: | Größe: | Gewicht: | |
| Verhältnis zum Auftraggeber: | | | |
| Interessen, Hobbys | | | |

| Angaben zum Gesundheitszustand der betreuungsbedürftigen Person | |
|---|--|
| Pflegegrad (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |

| Folgende Beschwerden / Erkrankungen liegen vor: | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dekubitus (Druckgeschwür) <input type="checkbox"/> geistig behindert <input type="checkbox"/> allergische Krankheiten <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten <input type="checkbox"/> MS-Patient <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Magen- Darm-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Bronchial- oder Lungenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Stoma (künstliche Harnableitung) <input type="checkbox"/> Stoma (künstlicher Darmausgang) <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit <input type="checkbox"/> Tumor / Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Probleme mit der Speiseröhre <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Lähmung <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen <input type="checkbox"/> Zustand nach Schlaganfall <input type="checkbox"/> Zustand nach Hüftoperation |

| | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> andere Beschwerden / Erkrankungen: | |
| <input type="checkbox"/> Falls ja, welche: | <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | |
| Falls ja: | <input type="checkbox"/> Windeln ständig <input type="checkbox"/> Windeln nur nachts <input type="checkbox"/> Blasenkatheter |

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gehbehindert | | | | | |
| Falls ja: | <input type="checkbox"/> mit Gehstock | <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe | <input type="checkbox"/> im Rollstuhl | <input type="checkbox"/> bettlägerig | <input type="checkbox"/> voll |

| | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--|
| Körperlicher Zustand | | | |
| <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mittelmäßig | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> sehr schlecht |

| | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Geistiger Zustand | | | |
| <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> teilnahmslos | <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> vergesslich |

| | | | | |
|--|------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Demenz | | | | |
| Falls ja: | DESORIENTIERUNG: | <input type="checkbox"/> zur Zeit | <input type="checkbox"/> zur Person | <input type="checkbox"/> zum Ort |

| | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Kommunikationsfähigkeit: | | | | |
| <input type="checkbox"/> vollständig erhalten | | | | |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkt bezüglich: | <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Sprechen | <input type="checkbox"/> Verstehen |

| | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------------|
| Hörvermögen | | | |
| <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> taub | <input type="checkbox"/> Hörgerät |

| | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------|
| Sehvermögen | | | |
| <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> blind | <input type="checkbox"/> Brille |

| | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------|
| Sprachvermögen | | |
| <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> stumm |

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|---|
| Vorhandene Hilfsmittel: | | | |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Badewannenlift |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Hebegurt | <input type="checkbox"/> Patientenlifter | Andere: |

| |
|---|
| Ist ein Pflegedienst beauftragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|---|

| |
|--|
| Wenn ja, bitte die ausgeübten Tätigkeiten des Pflegedienstes beschreiben |
| |

Soll der Pflegedienst weiterhin kommen? ja nein

Angaben zum Haushalt der zu betreuenden Person

Haus Wohnung Flächen zum Sauberhalten

Stadt - ca. Einwohner

Dorf / Kleinstadt - die nächste größere Stadt km entfernt, erreichbar mit Bus/Zug

Haustiere - wenn ja, welche

Beschreibung der für die Betreuungskraft vorgesehenen Unterkunft (Lage, Größe, Ausstattung des Zimmers):

.....

Besonderheiten:

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Wohnen noch weitere Personen im Haushalt der zu betreuenden Person? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Falls ja, sollen diese hauswirtschaftlich mitversorgt werden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Arbeit im Haushalt:

Kochen Bügeln

Saubermachen Fenster putzen

Waschen Einkaufen

andere (bitte auflisten)

.....

Anfallende Pflichten der Betreuerin / des Betreuers (außer typischer Haushaltstätigkeiten)

Tägliche Hilfe beim : Waschen Ankleiden Nahrungsaufnahme leichte pflegerische Tätigkeiten:

Regelmäßige Nachteinsätze (z. B. Toilettengänge) ja nein

Aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele, Unterhaltung)

Sportliche Aktivitäten

regelmäßige Gymnastik-Übungen Spaziergänge andere.....

Andere Leistungen (bitte genau ausführen) :

.....

| Erwartungen an die Betreuungskraft | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| Einsatzbeginn:..... | | Voraussichtliche Einsatzdauer: | <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> Zeitraum von.....bis..... |
| Alter: | <input type="checkbox"/> egal | <input type="checkbox"/> nicht egal, gewünschtes Alter bitte angeben: | |
| Geschlecht: | <input type="checkbox"/> egal | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich |
| Kräftige Person: | <input type="checkbox"/> egal | <input type="checkbox"/> ja | |
| Führerschein mit Fahrpraxis: | <input type="checkbox"/> ja, wichtig | <input type="checkbox"/> egal | |
| Nichtraucher: | <input type="checkbox"/> ja, wichtig | <input type="checkbox"/> egal | |
| Tierlieb: | <input type="checkbox"/> ja, wichtig | <input type="checkbox"/> egal | |

| Kenntnisse der deutschen Sprache | | |
|---|---|-------------------------------|
| Grundkenntnisse der deutschen Sprache (einfache Anweisungen sollen verstanden werden) | Mittlere Kenntnisse der deutschen Sprache (einfache Unterhaltung auf Deutsch möglich) | Gute Deutschkenntnisse |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Kann kostenloses WLAN zur Verfügung gestellt werden? |
|--|
| |

| Wie wird der Freizeitausgleich der Betreuungskraft geregelt (z.B. ein freier Tag pro Woche, freie Stunden pro Tag)? |
|---|
| |

| Sonstiges |
|-----------|
| |

Die Weiterleitung der o.a. Daten an Dritte (eine oder mehrere EU-ausländische Agenturen, welche Pflegepersonal nach Deutschland entsenden) erfolgt ausschließlich zum Zweck, für den Patienten eine geeignete Betreuungskraft zu finden, bzw. die Agenturen in ihrem dahingehenden Bemühen zu unterstützen und ausreichend zu informieren. Die betr. Agenturen sind ebenfalls verpflichtet, Ihre Daten mit größtmöglicher Diskretion zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben, außer im Rahmen der Suche nach einer geeigneten Betreuungskraft. Der Patient und seine Familie verpflichten sich ebenfalls, personenbezogene Daten der vorgeschlagenen Pflegekräfte vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben.

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Ort und Datum:.....

Unterschrift:.....