

Fragebogen "Pflege zu Hause"
Agentur Seniorenpflege mit Herz – Aleksandra Duda – Wieselkamp 11 – 21244 Buchholz
Telefon: 04181 – 9980807 Mobil: 0176-28346314

Internet: www.seniorenpflege-mit-herz.eu E-Mail: info@seniorenpflege-mit-herz.eu

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig und ausführlich aus. Wir benötigen diese Informationen um Ihnen ein kompetentes Angebot erstellen zu können.

1. Personendaten / Ansprechpartn	er:		
Nachname		Vorname	
Straße		PLZ /Ort	
Telefon		Mobil	
Fax	<del></del>	E-Mail	
2. Daten der zu betreuenden Perso	n:		
Nachname		Vorname	
Straße	<del></del>	PLZ/ Ort	
Telefon		Mobil	
Geburtsdatum		Gewicht/Größ	e
3. Angaben der zu betreuenden Per	rson:		
Die zu pflegende Person wurde in die	Pflegegrade eingestuft:		
Pflegegrad 1	Pflegegrad 2		Pflegegrad 3 $\square$
Pflegegrad 4	Pflegegrad 5		



4. Welche Krankheiten (Diagnosen) stehen im Vordergrund:
Allergien □ Altersschwäche □ Alzheimer □ Asthma □ Bluthochdruck □ Demenz □
Dauerkatheter $\square$ Diabetes $\square$ Diabetes (Insulintherapie) $\square$ Dekubitus (Druckgeschwür) $\square$
Depression □ altersbedingte Gehschwäche □ geistig behindert □ Hypertonie □
Herz-Kreislauferkrankungen ☐ Herzinsuffizienz ☐ Herzinfarkt ☐ Inkontinenz ☐
Lähmung □ MS-Patient □ Osteoporose □ Parkinson □ Stoma □
Schlaganfall  Probleme der Speiseröhre  Rheuma  Schwerhörigkeit  Tumor
- Welche weiteren Krankheiten sind beim Leistungsempfänger bekannt?
5. Weitere Angaben der zu betreuenden Person.
- Geistiger Zustand / Einschränkungen liegen vor:
klar
- Mobilität / Beweglichkeit der zu betreuenden Person.
selbständig 🗆 mit Unterstützung 🗆 im Rollstuhl 🗀 bettlägerig 🗀
- Muss die zu betreuende Person gelagert werden? ja nein



- Transfer / Bett-Roll	stuhl (Hilfe beim I	Heben, Tragen)	selbständig 🗌	mit Unterst	ützung 🗌
Die betreute Person l	kann mithelfen:	ја 🗌	nein 🗆		
- Es bestehen Hilfsr	nittel: Rollator	r 🗆 Rolls	tuhl 🗌 Hel	pegurt 🗌	Hebesitz
Pflegebett P	atientenlifter	Badewai	nnensitz 🗌	Dekubitusma	traze 🗌
Andere Hilfsmittel:					
- Probleme beim Tre	ppensteigen:				
selbständig	ја 🔲	nein 🗆			
mit Unterstützung	ја 🔲	nein 🗆			
nicht möglich	ја 🔲	nein 🗆			
- Probleme in der Ko	ommunikation:				
Sprache:	keine 🗌	mäßigen 🗌	massiven Prob	oleme 🗌	
Hörvermögen:	keine	mäßigen 🗌	massiven Prob	oleme 🗌	
Hörgerät:	ja 🔲 nein 🗆				
Sehkraft:	keine 🗌	mäßigen 🗌	massiven Prob	leme 🗌	
<b>Toilette:</b>					
selbständig 🗆 m	it Hilfe 🔲 🏻 T	Ceilinkontinenz	☐ Vollinkon	ntinenz 🗌	unklar 🗆
Windeln vorhanden	☐ Katl	heter vorhander	ı 🗆		



6. Charakterisie	ren Sie bitte die zu	betreuende Pers	on in folgenden Bereichen.
- Körperpflege:	selbständig 🗌	mit Hilfe $\square$	volle Unterstützung notwendig
- Baden/Duschen:	selbständig 🗌	mit Hilfe $\square$	volle Unterstützung notwendig
- An-/Auskleiden:	selbständig $\square$	mit Hilfe $\square$	volle Unterstützung notwendig
- Essen/Trinken:	selbständig	mit Hilfe $\square$	volle Unterstützung notwendig
- Kau/und Schluckstö  ja □ nein  - Diät: ja □ nein  Wenn ja, welche	□ PEG Sonde		karenz  Trinkkarenz
- Nachtruhe  - keine Probleme	e/ungestört 🗆	gelegentlich gestö	ort 🗆 oft erhebliche Unruhe 🗖
Wenn ja, wie oft steht of 1 Mal □	der Patient jede Nac 2-3 Mal 🏻	cht auf: mehr als 3 M	al 🗆
<ul> <li>regelmäßige Na</li> </ul>	achtarbeit/Betreuun	g: ja 🔲 nein	



7. Leben weitere Per oder Angehörige.	rsonen im Hausl	halt der zur betreuend	len Person z.B. Ehemann, Ehefrau
	ја 🔲	nein 🗆	
Muss eine dieser Pers	on ebenfalls betr	reut werden: ja 🛘	nein
– Wenn ja:	Nachname		Vorname
	Alter		Gewicht/Größe
Pflegegrad 1		Pflegegrad 2	Pflegegrad 3
Pflegegrad 4		Pflegegrad 5	
- Welche Krankheite	en (Diagnosen) s	stehen im Vordergrun	d:
8. Erfolgt derzeit im	Haushalt der zu	u betreuenden Person	eine Versorgung durch einen Pflegedienst?
Es wird derze	eit kein Pflegedi	enst in Anspruch geno	ommen.
Es finden ber	eits Leistungen	eines ambulanten Pfle	egedienstes statt.
Welche Tätigkeit erb	ringt der Pflege	dienst.	
<ul> <li>Pflegedienst</li> </ul>	soll weiterhin k	ommen? ja 🗌	nein 🗆

Wir raten dazu, derzeitig eingesetzte hiesige Pflegedienste, soweit sie von Pflegeversicherungen entlohnt werden, auch weiterhin in Anspruch zu nehmen!



9. Angaben zum Hau	shalt				
Haus	Wohnung	Haushaltsfläche	e ca	m2	
- Einkaufsmöglichkeit	en (zu Fuß)				
ca.10 Min $\square$	ca.20 Min $\square$	ca.40 Min	18	Stunde 🗆	
- Lage: Großstadt 🗌	Kleinstadt	Dorf 🗆	] L	ändlich 🗆	
- Weitere Angaben zu	ım Haushalt				
<ul> <li>Pflege von Ha</li> </ul>	ustieren ja 🗌	nein 🗆	Art des Ti	eres	
<ul> <li>Ist ein Auto im</li> </ul>	Haushalt vorhanden:	ја 🗆	nein 🗌		
					_
Welche Wünsche und F	für Sie das passende Ber Erwartungen sind für Sie	sehr wichtig?		_	
Geschlecht/ Ich wünsc	che: weibliche Betreuu	ng 📙 männl	liche Betre	euung 📙	egal 🔲
Deutschkenntnisse: g	gut D befriedigend	l ausreicl	hend $\square$	egal $\square$	
Führerschein mit Fahr	praxis: ja 🗌 nei	n 🗌 egal 🗀	]		
Alter: 25-35	□ 35-45 □	45-55 🗆	älter als 5	5□ eş	gal 🗌
Erfahrung bei der Pfle	ge: ja 🗌	nein 🗆			
Ausbildung: Kranke	enschwester  Al	tenbetreuer/in [	☐ Pfle	gehilfskraft	



Qualifikationen und Eig hier bitte das Wichtigst				
		_		
12. Anfallende Pflicht Angaben zur Tätigke			euers	
- Grundpflege/Körperp	oflege $\square$	Wechsel de	er Windeln (bei I	nkontinenz) $\square$
- Hilfe beim An/Auskl	eiden 🗌	Hilfe beim	n Nahrungsaufnal	hme 🗆
- Kochen/Essenvorbere	eitung 🗆	Wäsche w	aschen Bügeln [	
- Einkaufen 🔲	Unterstützun	g bei Alltagst	ätigkeiten und in	n Haushalt 🔲
- Spazieren gehen:	mit Gehstock	x ☐ mit	Rollator	im Rollstuhl
<ul> <li>Begleitung zun</li> </ul>	n Arzt, wenn	nötig. 🗆	Freizeitgestal	tung
Wenn Sie noch ander	e Wünsche h	aben, bitte u	nten beschreibe	n:
		,		



13. Leistungen des Auftragsgebers (bei stets freier Kost und Logis für die Betreuerin).
Freizeit (je nach Möglichkeit und Absprache):
- Stundenweise täglich Freizeit (Minimum 2 - 3 Stunden/Tag sind Voraussetzung)
- ein freier Tag/in der Woche (freiwillig)
- ein freies Wochenende pro Monat (freiwillig)
- Übernahme der Fahrtkosten und Abholung der Betreuungskraft.
Wer wird nach der Anreise die Betreuerin abholen?
Name Telefon/Mobil
- Die nächsten größeren Städte bzw. Bahnhöfe oder Bushaltestelle/ZOB (Anreiseziel) sind?
- Unterkunft für die Betreuungskraft:
eigenes Zimmer   eigenes Badezimmer   Badmitbenutzung
- Zimmerausstattung der Betreuungskraft: Bett 🗌 Tisch 🔲 Schrank 🔲 Radio 🔲
Internet ist vorhanden: ja $\square$ nein $\square$ kann bei Bedarf installiert werden $\square$
Was ist Ihnen für die Betreuung am wichtigsten?



14. Angaben zur Betreuung / Betreuungsdauer
langfristig $\square$ nur kurze Zeit z.B. 3 Monate bis 6 Monate $\square$
- Ab wann soll die Betreuung anfangen? (Monat, Datum)
- Vertragspartner Wer soll der Vertragspartner werden?
NachnameVorname
Verhältnis zur pflegebedürftigen Person (Vater, Mutter oder Familienangehörige):
Wie sind Sie auf die Agentur "Seniorenpflege mit Herz" aus Buchholz aufmerksam geworden?  Internet □ Familie/Bekannte □ Krankenhaus/Klinik □ Sozialdienst □ Faltblätter □
Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zwecks Bearbeitungs meiner Anfrage gespeichert und maschinell verarbeitet werden.  Dieser Fragebogen wird als Leistungsbeschreibung Bestandteil eines voraussichtlichen Dienstleistungsvertrages.
Ort, Datum  Unterschrift / Auftraggeber
Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben nicht an Dritte weitergegeben und alle Angaben vertraulich behandelt werden. Bitte senden Sie das Formular an die angegebene Adresse der Agentur per E-Mail oder per Post zurück.