

Das Ausfüllen des Fragebogens ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keiner Zahlung. Wir benötigen diese Informationen – um Ihnen ein detailliertes und verbindliches Angebot unsererseits erstellen zu können.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig und ausführlich aus und senden (per E-Mail oder Fax) Sie diesen an uns zurück. Wir werden dann sofort mit der Angebotserstellung beginnen und uns umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen.

## Betreuungsbogen

### 1. Angaben zum Auftraggeber ( Kontaktperson)

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur zu betreuenden Person ( Leistungsempfänger)

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  männlich  weiblich  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ cmm, Gewicht \_\_\_\_\_ kg  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_  
Raucher:  ja  nein  
Leben im Haushalt Haustiere ?  ja  nein  
Welche?  Hund  Katze  Vogel  
Sonstiges \_\_\_\_\_

Beschreibung der Unterkunft:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die zu betreuende(n) Person(en) lebt/ leben

in einem Haus  in einer Wohnung  mit Garten \*Fahrstuhl vorhanden  ja  nein  
Welcher Stock? \_\_\_\_\_

mit \_\_\_\_\_ qm

Anzahl der Zimmer: \_\_\_\_\_

Stadt ..... Einwohner

Dorf - die nächste größere Stadt ist ..... km entfernt, erreichbar mit .....

### 3. Leistungen des Leistungnehmers (bei stets freier Kost und Logis für die Betreuerin)

X jeden Tag 2 Stunden Freizeit (Minimum) plus

ein voller freier Tag in der Woche oder

2 mal mindestens 8 Std. am Stück nach Absprache

Zusätzlich  \_\_\_\_\_ Wochenende im Monat nach Absprache möglich (nicht erforderlich)

#### 4. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

a) Pflegestufe: keine Pflegestufe  0  1  2  3 Härtefall

b) Ist ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?  ja  nein

c) Soll der ambulanter Pflegedienst weitethin kommen?  ja  nein

d) Wird Unterstützung bei der Mobilisierung benötigt?  ja  nein

beim Aufstehen  beim Gehen  beim Treppensteigen  Bettlägerig

e) Liegt eine Inkontinenz vor?  nein  Urininkontinenz  Stuhlinkontinenz

f) Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

Brille  Hörgerät  Rollstuhl  Rollator

Vierpunkt – Stock  Nachtstuhl  Badewannenlift  Treppenlift

Sonstige: \_\_\_\_\_

g) Welche Krankheitsbilder sind bekannt ( z. B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz, etc.) ?

---

---

---

---

---

h) Liegen ansteckende Krankheiten vor?  ja  nein

i) Rufbereitschaft in der Nacht  ja  nein

Überwachung in der Nacht  ja  nein

Wenn ja – wie sollte diese ablaufen?

j) Nachtruhe  ungestört  
 gelegentlich gestört (wie oft?.....)  
 oft erhebliche Unruhe  
 regelmäßige nächtliche Betreuung (in welcher Form?.....)  
(Bitte beachten: Sitznachtwachen sind ausgeschlossen!)

k)  Die betreute Person muss angehoben werden

Die betreute Person kann mithelfen

l) Es bestehen Hilfsmittel

Hebegurt

Hebesitz

Patientenlift

Pflegebett

andere \_\_\_\_\_

**\*Wahlweise: Fügen Sie bitte im Anhang ein Foto des Seniores/der Seniorin hinzu.**

#### 5. Angaben zur Pflegebedürftigkeit - Fortsetzung

a) Betreuungsumfang/ Tätigkeitsbeschreibung

(z.B Körperpflege, An- und Ausziehen, hauswirtschaftliche Unterstützung, etc.):

---

---

---

---

---

b) Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes: \_\_\_\_\_

c) Voraussichtlicher Dauer des Einsatzes: \_\_\_\_\_

d) alleinstehend:  ja  nein

falls nein: wie viele Personen leben im Haushalt? \_\_\_\_\_

e) Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?  ja  nein

f) **\*Wenn eine weitere Person betreut werden muss:**

Geschlecht:  männlich  weiblich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ cm

Pflegestufe:  keine  0  1  2  3  Hätrefall

d) Wird Unterstützung bei der Mobilisierung benötigt?  ja  nein

beim Aufstehen  beim Gehen  beim Treppensteigen  Bettlägerig

e) Liegt eine Inkontinenz vor?  nein  Urininkontinenz  Stuhlinkontinenz

f) Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

Brille  Hörgerät  Rollstuhl  Rollator

Vierpunkt – Stock  Nachtstuhl  Badewannenlift  Treppenlift

Sonstige: \_\_\_\_\_

g) Welche Krankheitsbilder sind bekannt ( z. B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz, etc.) ?

---

---

---

---

h) Liegen ansteckende Krankheiten vor?  ja  nein

i) Rufbereitschaft in der Nacht  ja  nein

Überwachung in der Nacht  ja  nein

Wenn ja – wie sollte diese ablaufen?

---

j) Nachtruhe  ungestört  
 gelegentlich gestört (wie oft?.....)  
 oft erhebliche Unruhe  
 regelmäßige nächtliche Betreuung (in welcher Form?.....)

(Bitte beachten: Sitznachtwachen sind ausgeschlossen!)

k)  Die betreute Person muss angehoben werden

Die betreute Person kann mithelfen

l) Es bestehen Hilfsmittel

Hebegurt

Hebesitz

Patientenlift

Pflegebett

andere \_\_\_\_\_

### Angaben zur Pflegebedürftigkeit

a) Betreuungsumfang/ Tätigkeitsbeschreibung

(z.B Körperpflege, An- und Ausziehen, hauswirtschaftliche Unterstützung, etc.):

---

---

---

**\*Wahlweise: Fügen Sie bitte im Anhang ein Foto des Seniores/der Seniorin hinzu.**

### 6. Angaben zum gewünschten Personal

a) Kann dem Personal ein separates  ja  nein  
Zimmer zur Verfügung gestellt werden?

b) Anforderung an das Personal/  
gewünschte Leistungen:  Hauswirtschaftliche Unterstützung  
 24 – Stunden Betreuung/Pflege  
 Urlaubsvertretung/Begleitung

c) gewünscht wird:  Frau  Mann  egal  
 Raucher  Nichtraucher  egal (Keine Garantie!)

d) Alter:  20-30  30-40  älter als 40  egal

e) Führerschein:  ja  nein  egal

(\*Wenn Sie eine Pflegekraft mit Führerschein einsetzen möchten, bezahlen Sie den festgesetzten Tagessatz + 1,00 Euro. Ca. 30 € mehr/pro Monat)

f) Kräftige Person  egal  ja, weil schwergewichtiger Patient

g) gewünschte Sprachkenntnisse

#### Einfache Deutschkenntnisse:

Verstehen von einfachen Sätzen und Zusammenhängen, Sprechen mit einzelnen Worten und kurzen Sätzen.

#### Gute Deutschkenntnisse:

Kommunikative bis gute Deutschkenntnisse. Kommunikative Verständigung in routinemäßigen Situationen ist möglich.

#### Sehr Gute Deutschkenntnisse:

Gute bis sehr gute Deutschkenntnisse. Alltägliche Situationen werden sicher bewältigt, es findet ein normales Alltagsgespräch statt

h) Beiderseitige Kündigungsfrist 14 Tage

Eine Beschäftigung ist möglich: \_\_\_\_\_

### 7. Zusätzliche Angaben für die Betreuungskraft:

a) Internet im Zimmer der Betreuungskraft vorhanden?  ja  nein

- b) Telefon-Flatrate für das europäische Ausland vorhanden?  ja  nein
- c) TV im Zimmer für Betreuungskraft vorhanden?  ja  nein
- d) Eigenes Bad für die Betreuungskraft vorhanden?  ja  nein
- e) Einkaufsmöglichkeit (zu Fuß)?  10 Min.  20 in.  Länger  Bus Bahn  
 Einkauf wird von Dritten übernommen

Sonstige Bemerkungen:

---

---

---

---

Ort, Datum, Unterschrift

---