

# Fragebogen Patienten /Betreuungskräfte

---

Angaben zur gewünschten Betreuungskraft und dem Patienten

## Erforderliche Deutschkenntnisse

Keine Erforderlich  Grundkenntnisse  Erweiterte Kenntnisse

## Weitere Sprachen notwendig?

Wenn Ja...welche?

## Geschlecht der Betreuungskraft?

Egal  Weiblich  Männlich

## Alter ca. in Jahren?

Wie alt soll die Betreuungskraft sein

## Führerschein?

Egal  Ja

## Raucher?

Egal  Nein  Nur im Freien

## Weitere Personalanforderungen?

Beschreibung hinzufügen

## Auszuführende Tätigkeiten?

24 Std. Rufbereitschaft  Einkaufen  Kochen  Freizeitgestaltung   
 Ausflüge  Arztbegleitung  Tiere füttern  Hilfe bei der Körperpflege  
 Haus/Wohnung reinigen

• Hausgröße qm

• Gartengröße qm

• Haustierart Rasse

• **Andere Leistungen?**

Geben Sie hier bitte an wenn Sie weitere Leistungen wünschen

**Ist/wird ein Pflegedienst beauftragt?**

Ja  Nein

**Soll zukünftig ein Pflegedienst noch kommen?**

Ja  Nein

**Gesamtanzahl der Mitglieder im Haushalt**

**Braucht ein weiteres Familienmitglied Hilfe?**

Ja  Nein  Ja pflegerische Hilfe  Ja hauswirtschaftliche Hilfe  Ja beides

**Wohnen Angehörige im selben Haus?**

Ja  Nein

**In der Nähe?**

Ja  Nein

**Kommen wie oft zu Besuch?**

**Nachteinsätze?**

Nein  Gelegentlich  Regelmäßig

**Voraussichtliche** Arbeitszeit pro Tag in Std.?

**Freizeit pro Woche?**

2 mal 5 St pro Woche  1 mal 10 St pro Woche  nach Absprache

**Verpflegung?**

Mit der Familie  Separat

**Wann soll die Beschäftigung beginnen?**

Tag / Monat / Jahr

**Beschäftigungsdauer?**

langfristig  steht noch nicht fest  unter 2 Monate

**Pflegegrade?**

1  2  3  4  5

**Pflegegrad beantragt?**

Ja  Nein

**Körperpflege?**

mit Hilfe  ohne Hilfe

**An und Auskleiden?**

mit Hilfe  ohne Hilfe

**Nahrungsaufnahme?**

mit Hilfe  ohne Hilfe

**Aufstehen / zu Bett gehen?**

mit Hilfe  ohne Hilfe

**Geistige Situation?**

klar  verwirrt  dem Alter normal  teilnahmslos

**Beweglichkeit?**

Rollstuhl  kann allein laufen  läuft mit Hilfe  bettlägerig

**Toilette?**

mit Hilfe  ohne Hilfe  Urininkontinenz  Stuhlinkontinenz  Katheter

**Krankheiten?**

Alzheimer  Parkinson  Schlaganfall  Schwerhörigkeit  MS

**Demenz**

Nein  Ja leicht  Ja mittelmäßig  Ja stark ausgeprägt

**Sonstige Erkrankungen?**

Fügen Sie bitte weitere Krankheiten hinzu

**Vorlieben?**

Vorlieben\_Fernsehen\_Speisen\_Literatur\_welche?

**Der nächste Bahnhof ist?**

Bitte Plz und Ort angeben

**Wer holt die Betreuungsperson ab?**

Name

**Telefonnummer**

Vorwahl Telefonnummer

**Name des Leistungsempfängers?**

Vorname / Nachname

**Adresse des Leistungsempfängers**

Hausnummer

Straße

Stadt  Bundesland

Postleitzahl

**Telefonnummer des Leistungsempfängers**

-Vorwahl Telefonnummer

**Alter**

**Alter in Jahren**

**Gewicht in Kg ca.**

**Größe in cm**

**Raucher?**

Ja  Nein

**Wer soll Vertragspartner werden?**

Kontaktperson  Leistungsempfänger

**Weitere Angaben**

**Name des Kontaktperson**

**Adresse des Kontaktperson**

Hausnummer

Straße

Stadt  Bundesland

Postleitzahl

**Telefonnummer des Kontaktperson**

Vorwahl Telefonnummer

**Fax**

Vorwahl Telefonnummer

**E-Mail**

Diesen Fragebogen können Sie per Fax oder auch per Post senden an:

## PFLEGEAGENTUR 24h

Violetta Koper

Holstenstr. 1

24568 Kaltenkirchen

Telef/04191-7226938

Fax/ 03222-1502853