



Fragebogen für den Leistungsempfänger über die Anforderungen an den/die Betreuer/in.

Name des Patienten: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Ab wann soll die Betreuung aufgenommen werden? _____

Personalanforderungen:

Geschlecht: Männlich Weiblich Egal

Sprachkenntnisse: Gering Mittel Gut Sehr gut

Alter: Von Bis

Ist Führerschein erforderlich? Ja Nein

Raucher: Ja Nein Egal

Sonstiges:
.....

1. Wo wird die Kraft untergebracht (kurze Umschreibung)?

.....
.....
.....

2. Wie viele Personen haben Hilfebedarf?

.....

3. Geschlecht des Patienten: Männlich Weiblich

4. Alter des Patienten:

5. Pflegestufe des Patienten:

6. Mobilität:

- keine Einschränkungen
- leicht gehbehindert
- rollatorfähig
- rollstuhlfähig
- bettlägerig

Geistiger Zustand:

- klar
- apathisch
- verwirrt
- aggressiv
- depressiv
- vergesslich

7. Gewicht des Patienten: Kg

8. Ist ambulanter Pflegedienst beauftragt? Ja Nein

9. Krankheitsmerkmale:

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Dialysenpatient |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> MS-Patient | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Demenz |

Sonstiges:.....

10. Welche Tätigkeiten werden notwendig:

Haushalt:

- Putzen
- Kochen
- Einkaufen

Pflege:

- Hilfe beim Ankleiden
- Waschen
- Medikamentenvergabe



Wäsche waschen

Windelwechsel

Bügeln

Fütterung

Gartenarbeiten

Krankengymnastik/Massage

Versorgung von Tieren

Arztbesuche

Sonstiges:.....

11. Hobbys und Interesse der zu betreuenden Person:.....

12. Sind nächtliche Einsätze notwendig? Ja Nein Manchmal

13. Sind Haustiere vorhanden? Nein Ja Welche?.....

14. Leben weitere Personen im Haushalt? Ja Nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Google Internet

Zeitung Empfehlung Sonstiges:.....

Ihre Kontaktdaten:

Anrede: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____