

Fragebogen – Bestandsaufnahme –

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen per Post zu.

Haben Sie eventuell noch Fragen? In einem persönlichen Gespräch können wir gemeinsam alle Unklarheiten beseitigen.

Rufen Sie uns einfach an.

Grazyna Lorenz
Haeselerstr. 19
14050 Berlin
grazyna.lorenz@gmx.de
Tel.: 030 / 308 398 33

1. Auftraggeber

Name _____
Straße _____
Wohnort, PLZ _____
Telefon _____
Fax _____
E-Mail _____

2. Angaben zum/r Leistungsempfänger/in

Name _____
Vorname _____
Straße _____
Wohnort, PLZ _____
Telefon _____
Handy _____
Alter _____
Gewicht _____
Raucher / in ja nein
Pflegestufe 1 2 3 Härtefall
E-Mail _____

3. Gesundheitszustand

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung |
| <input type="checkbox"/> MS-Patient/in | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schlaganfall-Patient |

4. Einschränkungen

Toilette

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> läuft alleine | <input type="checkbox"/> Mit Hilfe |
| <input type="checkbox"/> läuft mit Hilfe | <input type="checkbox"/> selbstständig |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Urininkontinenz |
| <input type="checkbox"/> bettlägerig | <input type="checkbox"/> Katheter |

Körperpflege

- | |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| <input type="checkbox"/> ohne Hilfe |

An- und Auskleiden

- | |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| <input type="checkbox"/> ohne Hilfe |

Nahrungsaufnahme

- | |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| <input type="checkbox"/> ohne Hilfe |

5. Orientierungsfähigkeit der betreuenden Person

- | | | | |
|----------------|------------------------------------|--|--|
| zeitlich | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> desorientiert |
| zur Person | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> desorientiert |
| Sprachvermögen | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> desorientiert |
| situativ | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> desorientiert |

6. Vorlieben der zu betreuenden Person

- | | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> spazierengehen | <input type="checkbox"/> Literatur | <input type="checkbox"/> Spiele | <input type="checkbox"/> Kochen |
|---|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
- _____
- _____
- _____

7. Gewünschte Leistung – hauswirtschaftliche Versorgung

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Saubermachen | <input type="checkbox"/> Einkaufen |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> Bügeln | <input type="checkbox"/> sonstige Arbeiten |
- _____

8. Personal Anforderung – gewünschte Sprachkenntnisse der deutschen Sprache

- ohne Deutsch Verstehen einfacher Anweisungen
 Grundkenntnisse sehr gute Deutschkenntnisse

9. Weitere Anforderungen an die Betreuungskraft

- Geschlecht weiblich männlich
 ohne Vorlieben

Führerschein ja nein

Raucher ja nein

In welchem Zeitraum benötigen Sie eine Betreuerin

- 1 Monat 2 Monate
 3 Monate Dauerhaft

Wann soll die Pflege beginnen _____

Freizeitausgleich des/r Betreuer /in

- stundenweise (2-3 Std. täglich) ein freier Tag pro Woche

Verpflegung

- mit Familie separate Verpflegung

Der nächste Bahnhof ist _____ Kilometer von Ihrem Wohnort entfernt.

Anschrift Wohnort: _____

Wer holt die Betreuungskraft vom Bahnhof ab?

Hier können Sie weitere Angaben machen.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____