



Fragebogen

1. Kontaktdaten

Name: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Email: _____

2. Anforderung an den Dienstleister

Geschlecht: ___ unwichtig ___ weiblich ___ männlich

Alter: ___ unwichtig ab _____ Jahre

Pflegeerfahrung: ___ unwichtig ___ wünschenswert ___ erforderlich

Sprachkenntnisse: ___ Grundkenntnisse der deutschen Sprache

___ mittlere bis gute Kenntnisse der deutschen Sprache

Möglichkeit ___ wenn Bewerber kein Deutsch spricht, besteht auch die

sich auf einer anderen Sprache zu unterhalten und zwar auf:

_____.

Führerschein : ___ Ja,wichtig ___ gern gesehen ___ egal

Steht ein Auto zur Verfügung ? Ja___ Nein___



Die hilfsbedürftige(n) Person(en)

Angaben zur Person:

Name _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Wohnt die zu Betreuende allein ? nein___ Personen : ___ ja___

Telefon: _____

Gewicht: _____ Größe: _____

Geburtsdatum: _____

Krankheitsmerkmale

___Diabetes ___Bluthochdruck ___ Schlaganfall ___Herz-Kreislaufferkrankung

___Tumor ___Parkinson ___MS-Patient ___geistige Behinderung

___ Dekubitus (Druckgeschwür) ___ Alzheimer/Demenz

sonstige Krankheiten, Beschwerden oder Anmerkungen:

___Schwerhörigkeit ___Sprachstörung ___Gehbehinderung ___Inkontinez

___bettlägerig ___Dauerkatheder ___Probleme mit der Speiseröhre

___motorische Behinderung der Arme/Hände

___sonstige Einschränkung, bitte erläutern :

„Happy Senior 24“



Hobbys und Interessen der zu betreuenden Person

4 Gesundheitsmerkmale:

sonstige Krankheiten, bitte beschreiben:

Muss die betreute Person angehoben werden?

Es bestehen Hilfsmittel: ___ Hebegurt ___ Hebesitz ___ Patientenlift

___ Patient hilft mit andere : _____

Körperlicher Zustand: _____ Bettlägerig

Geistiger Zustand: ___ klar ___ verwirrt

Orientierungsvermögen:

zeitlich ___ ungestört ___ eingeschränkt ___ desorientiert

örtlich ___ ungestört ___ eingeschränkt ___ desorientiert

Hörvermögen: ___ ungestört ___ taub

Sprachvermögen: ___ ungestört ___ stumm

Sehvermögen: ___ ungestört ___ blind

Welche Hilfsmittel werden benötigt?

___ Rollstuhl ___ Rollator ___ Toilettensstuhl ___ Badewannenlift

„Happy Senior 24“

___ sonstige :

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? ___ ja ___ nein

Falls ja, bitte die ausgeführten Leistungen beschreiben:

Wir bitten sie diesen vorerst zu behalten auch nach Vertrags Abschluss.



Leistungserbringung

Die Leistungen im Detail: Bitte benennen Sie die zu verrichtenden Arbeiten

(z.B. Körperpflege, Windeln wechseln, Kochen, Einkaufen, Vorlesen, Spaziergehen etc.) :

tägliche Hilfe beim ___ waschen ___ ankleiden ___ Nahrungsaufnahme

___ spazieren gehen ___ mit Gehstock ___ mit Gehilfe / Rollator ___ im Rollstuhl

___ aktivierende Betreuung (z. B. Gesellschaftsspiele, Unterhaltung, Vorlesen)

___ Wechseln der Windeln bei Inkontinenz

Sonstiges:

Arbeit im Haushalt

___ Kochen für ___ Person(en) ___ Bügeln

___ Saubermachen ___ Waschen ___ Einkaufen

Sind Tiere im Haushalt

___ Ja, Welche _____ Nein _____



Müssen Nachtschichten gemacht werden?

___ nein ___ ja

Wenn ja, wie oft wird die Hilfskraft eingesetzt?

___ Einsätze pro Nacht

Was muss bei Nachteinsätzen gemacht werden

beinhaltend füttern, kümmern und Gassi gehen usw.

Durch was sind Sie auf uns gekommen:

z. B. Zeitung, Internet, usw.
