

SeniorenService24

Telefon: 036847-539797
Telefax: 036847-183897
seniorenservice24h@mail.de



FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen **Fragebogen** möglichst vollständig und ausführlich aus und senden Sie diesen an uns per **Post, Fax: 036847-183897** oder per **E-Mail: seniorenservice24h@mail.de**

I. PERSONENDATEN

1. DATEN DES AUFTRAGGEBERS / DES ANSPRECHPARTNERS

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Mobil
E-Mail	Fax

2. DATEN DER ZU BETREUENDEN PERSON

Name	Vorname
Geburtsdatum	Pflegestufe
Gewicht (kg)	Größe (cm)
Straße	PLZ, Ort (wichtig)
Telefon	Mobil
Verhältnis zum Auftraggeber (Mutter, Vater, Ehepartner ...)	

Zutreffendes bitte ankreuzen sowie entsprechende Leerfelder ausfüllen

II. ANGABEN ZUR PFLEGE

1. GESUNDHEITSMERKMALE DER ZU BETREUENDEN PERSON

Mobilität	kann alleine laufen		kann mit Hilfe laufen	
	benutzt einen Rollstuhl innen		benutzt einen Rollator innen	
	benutzt einen Rollstuhl außen		benutzt einen Rollator außen	
	kann selbständig aufstehen		komplett hilfsbedürftig	
	steht mit Hilfe auf		bettlägerig	

Geistiger Zustand	klar		dem Alter entsprechend	
	apathisch		Depression schwach stark	
	verwirrt		vergesslich	

Toilette	selbstständig		mit Hilfe	
	Teilinkontinenz		Vollinkontinenz	

Krankheiten	Alzheimer		MS-Patient	
	Demenz		Diabetes	
	Schlaganfall		Bluthochdruck	
	Schwerhörigkeit		Tumor	
	Druckgeschwür		Herz-Kreislaufkrankung	
	Künstlicher Darmausgang		Dauerkatheter	
	Parkinson		Probleme mit der Speiseröhre	
	Osteoporose		Lähmung	

Weitere bekannte Krankheiten (bitte auflisten):

2. AKTUELLE ART DER PFLEGE/ AKTUELLE THERAPIEN

Die Pflege/ Betreuung der zu betreuenden Person übernimmt zurzeit:							
Familie		Pflegedienst/ Sozialstation		Seniorenbetreuer/in		Krankenhaus/ Rhea	

Hinweis: Eine medizinische Betreuung ist durch das Betreuungspersonal nicht möglich.

III. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT

1. WELCHE TÄTIGKEITEN WERDEN NOTWENDIG SEIN

Kochen		Bügeln		Wäsche waschen		Wohnung/Haushalt putzen	
Auto fahren		Einkaufen gehen		Haustierpflege (Art des Haustieres)			

Zusätzliche Fragen:

Wie oft muss die Wäsche gemacht werden? _____

Falls ein Haustier vorhanden ist, welches? _____

Gehört die Haustierpflege zu den Aufgaben der Betreuungskraft? _____

Muss die Betreuungskraft spezielle Speisen zubereiten? _____

Wie weit sind die Einkaufsmöglichkeiten entfernt? _____

2. BETREUUNGSUMFANG

Überwachung der zu betreuenden Person in der Nacht		Hilfe beim Essen		Kämmen		An-/Ausziehen		Hilfe beim An-, Ausziehen	
Rufbereitschaft in der Nacht		Hilfe beim Waschen		Baden, Duschen		Eincremen		Windeln wechseln	

3. BETREUUNGSDAUER – Für welchen Zeitraum wünschen Sie die Betreuung?

Einen Monat		2 – 3 Monate		länger als 3 Monate	
Ab wann benötigen Sie die Betreuungskraft?					

Zusätzliche Fragen:

Wie oft am Tag geht der Pflegebedürftige spazieren? _____

Gehören Arztbesuche zu den Aufgaben der Betreuungskraft? _____

Leidet der Pflegebedürftige an Schlafstörungen? _____

Wie sieht die Freizeit der pflegebedürftigen Person aus? _____

4. PERSONALANFORDERUNGEN

Geschlecht					
egal		weiblich		männlich	
Pflegeerfahrung					
egal		nein		ja	
Alter des Personals					
egal		< 30		30-45	45 >
Raucher					
egal		nein		ja	
Führerschein					
egal		nein		ja/wichtig	
Tierlieb					
egal		nein		ja/wichtig	
Deutschkenntnisse					
schwach		ausreichend			
befriedigend		gut			
sehr gut					

Zusätzliche Frage:

Kommt eine rauchende Betreuungskraft für Sie in Frage, wenn sie bereit ist nur außerhalb des Hauses zu rauchen?

IV. RAHMENBEDINGUNGEN

1. WOHNBEDINGUNGEN

Ist der Pflegebedürftige allein stehend?	ja		nein	
Falls nein, wie viele Personen leben noch im Haushalt?				
Muss die weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?	ja		nein	
Wenn die im Haushalt lebende Person nicht betreut werden muss, hilft sie auch bei der Pflege und im Haushalt?	ja		nein	

Beschreibung der Unterkunft

Ein-/ Zweifamilienhaus / qm		Mehrfamilienhaus / qm	
mit Garten		Wohnung /qm	

Ausstattung des Zimmers

eigenes Bad		Bett	
Tisch		Schrank	
Radio		TV	

Kommunikationsmöglichkeiten

Festnetz		Festnetz mit Auslandsflatrate	
Internet			

2. FREIZEITREGELUNG

Aus Gründen der Erholung/ Gesundheit des Personals ist es erforderlich, dass die Betreuerin 2,5 Stunden am Tag und mindestens einen Tag pro Monat frei hat. Bei Nacheinsätzen ist ein zusätzlicher Ausgleich am Tag notwendig.

Wird der Betreuerin zusätzliche Freizeit zur Verfügung gestellt? _____

Falls ja, in welchem Umfang? _____

V. SONSTIGES

Hier können Sie sonstige Angaben eintragen, die Ihnen wichtig erscheinen und/ oder Fragen stellen, die Sie geklärt haben möchten:

Wie sind Sie auf den SeniorenService24 aufmerksam geworden?

Suchmaschine		Sozialdienst		Printmedien	
Empfehlung		Forum		Anzeige wo?	

Zutreffendes bitte ankreuzen

V. DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Vielen Dank für das Interesse an unserem Angebot. Datenschutz und Datensicherheit sind für uns selbstverständlich. Die im Pflegefragebogen enthaltenen persönliche Daten zur Kontaktperson bzw. zum Hilfebedürftigen verwenden wir ausschließlich im Rahmen der Abwicklung Ihrer Anfrage und leiten diese Daten an unsere Vertragspartner nur weiter, soweit dies zur Bearbeitung Ihrer Anfrage notwendig ist. Es obliegt Ihrer freien Entscheidung, ob und welche Daten Sie uns mitteilen. Ohne diese Angaben können wir jedoch Ihre Anfrage nicht oder nicht vollständig bearbeiten. Sie können sich auch jederzeit mit uns telefonisch in Verbindung setzen. Bitte lesen Sie hierzu auch gerne die Datenschutzerklärung auf unserer unten genannten Homepage.

Ich bin mit der Weiterverarbeitung meiner persönlichen Daten im Rahmen der Erstellung eines unverbindlichen Angebots einverstanden. **Der ausgefüllte Fragebogen selbst ist unverbindlich.**

Ort, Datum

Unterschrift des Auftraggebers

SeniorenService24
Hauptstraße 132
98587 Oberschönau
Telefon: 036847-539797
Telefax: 036847-183897
seniorenservice24h@mail.de
www.seniorenservice24h.de