

**Füllen Sie bitte das PDF-Formular am Computer aus und speichern Sie die PDF-Datei.
Senden Sie uns bitte Ihren Fragebogen nach Möglichkeit als PDF-Datei per E-Mail zu.
E-Mail: info@pflegewohl24.de**

Pflegewohl24, Rosenweg 4, 42781 Haan, Telefon: 02104 - 50 83 616

1. Beginn der Betreuung (voraussichtlich)

Datum von - bis:

2. Ihre Wünsche an die Betreuungskraft

Deutschkenntnisse

- gut 2 bis sehr gut 1 (gutes Verstehen, Unterhaltung ist möglich)
- mittel 2.5-3 (ausreichendes Verstehen im Alltag, Sprache ungrammatisch)
- einfach 3.5-4 (geringer Wortschatz, versteht und spricht nur einzelne Wörter)
- keine Deutschkenntnisse 4.5-6 (für Muttersprachler PL)

Geschlecht:

egal weiblich männlich

männlich* - unsere Empfehlung wegen heben von 80 kg und mehr Patientengewicht

Altersstufe von – bis:

Optionale Wünsche:

Nichtraucher Raucher Rauchen ist draußen erlaubt

3. Unterkunft der Betreuungskraft *

- möbliertes Zimmer zur Alleinnutzung*
- TV im Zimmer
- eigenes WC
- Balkon
- eigenes Bad
- separate Wohnung

4. Internet */ Telefonnutzung

- Internet / WLAN vorhanden
- Internet / Internetstick wird installiert
- Telefonnutzung (erforderlich für falls kein Internet*)

5. Freizeit der Betreuungskraft *

- 2 Stunden Mittagspause täglich* (erforderlich)
- 2 halbe Tage oder 1 Tag pro Woche zusätzlich frei*

Anmerkungen:

FRAGEBOGEN FÜR DIE VERMITTLUNG HÄUSLICHE 24 STUNDEN BETREUUNG

Seite 2

6. Zu betreuende Person 1 (Hauptperson)

- lebt alleine im Haus
- lebt mit einer weiteren Person, die nur Hilfe im Haushalt benötigt
- lebt mit einer weiteren Person, die auch Betreuung benötigt (bitte separat anfragen)

Beziehung zur betreuten Person

Geburtsdatum

Größe in cm

Gewicht in kg

Pflegegrad: kein 1 2 3 4 5* (u.U. kein Personal)

Hilfsmittel: Brille Hörgerät Hausnotruf Treppenlift Patientenlift
 Pflegebett Rollator Rollstuhl Toilettenstuhl Badewannenlift

Allgemeinbefinden

- gut, lässt die Betreuung zu
- wechselhafte Stimmung, lässt die Betreuung zu
- Aggressivität, Kotschmierer, psychische Erkrankung* (leider ist keine Betreuung möglich)

Ansteckende Krankheit (Person 1 und 2)

- keine
- Infektion* z.B.: MRSA Keim, Hepatitis A,B,C, HIV oder andere (leider ist keine Betreuung möglich)

7. Gesundheitszustand der Person 1

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Bettlägerig | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="checkbox"/> Blindheit | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Lähmung halbseitig |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck niedrig | <input type="checkbox"/> Lähmung Querschnittslähmung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus / Wunde | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Demenz beginnend | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Gehbehinderung | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankung |

Andere Erkrankung:

FRAGEBOGEN FÜR DIE VERMITTLUNG HÄUSLICHE 24 STUNDEN BETREUUNG

Seite 3

Merkmale zu betreuende Person 1

Kommunikation <input type="checkbox"/> vollständig erhalten <input type="checkbox"/> Sprechen eingeschränkt <input type="checkbox"/> Verstehen eingeschränkt	Orientierung <input type="checkbox"/> vollständig erhalten <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> keine
Charakter <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> unruhig	Charakter <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> stur <input type="checkbox"/> ablehnend <input type="checkbox"/> verwirrt

Aktuelle Pflegesituation zu betreuende Person 1

Nachts Hilfestellung <input type="checkbox"/> keine Hilfe nachts notwendig <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> teilweise Übernahme <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
Mobilität <input type="checkbox"/> kann alleine stehen <input type="checkbox"/> kann nur mit Hilfe stehen <input type="checkbox"/> läuft selbständig <input type="checkbox"/> läuft mit Begleitung <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe <input type="checkbox"/> mit Rollator <input type="checkbox"/> im Rollstuhl (nur draußen) <input type="checkbox"/> im Rollstuhl (überwiegend)	Transfer: Ist Hilfe erforderlich beim Anheben / Aufsetzen ins Bett – Rollstuhl - Toilettenstuhl ? <input type="checkbox"/> nein, steht selbständig auf <input type="checkbox"/> ja, kann sich teilweise ohne Hilfe umsetzen <input type="checkbox"/> ja, hilft aktiv mit Beinkraft <input type="checkbox"/> ja, hilft mit Armkraft <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> bettlägerig
Toilette <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Toilettengang mit Begleitung und Hilfestellung <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Stoma	Inkontinenz <input type="checkbox"/> Urin-Inkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhl-Inkontinenz <input type="checkbox"/> Windeln <input type="checkbox"/> Einlagen
Hygiene <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Teilwaschen am Waschbecken <input type="checkbox"/> Waschen komplett am Waschbecken <input type="checkbox"/> Helfen beim Duschen <input type="checkbox"/> Helfen beim Baden <input type="checkbox"/> Komplette Waschen im Bett	Essen / Trinken / Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung <input type="checkbox"/> braucht Hilfe beim Essen <input type="checkbox"/> Kau-/ Schluckstörung <input type="checkbox"/> komplett füttern <input type="checkbox"/> Sonde

Anmerkungen:

8. Gewünschte Betreuungstätigkeiten für die zu betreuende Person 1

- Gesellschaft leisten, z.B. zusammen sitzen, fernsehen
- Unterhaltung (soweit die Deutschkenntnisse dafür ausreichen)
- Zusammen essen, evtl. helfen beim Essen
- Begleiten zum Arzt / Therapeuten (auch im Taxi)
- Spazieren gehen, Aktivitäten außer Haus
- Helfen beim Toilettengang / Inkontinenzversorgung
- Helfen beim Aufstehen, Zu-Bett-Gehen, Stehen
- Helfen beim Transfer in den Rollstuhl
- Helfen bei der Körperpflege
- Helfen beim An- und Auskleiden
- Helfen in der Nacht

9. Gewünschte Tätigkeiten im Haushalt

- Einkaufen in Bezug auf Betreuung und Ernährung
- Kochen, Mahlzeiten zubereiten
- Geschirr abwaschen
- Müll wegbringen
- Wäsche waschen
- Wäsche bügeln
- Küche, Bad putzen
- Säubern in den genutzten Räumen (Staubsaugen, nass wischen, etc.)

10. Entlastungsangebote (privat oder Kassenleistung)

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegedienst für die Körperpflege | <input type="checkbox"/> Tagespflege | <input type="checkbox"/> Putzhilfe |
| <input type="checkbox"/> Pflegedienst für die medizinische Pflege | <input type="checkbox"/> Gesellschafter/in | <input type="checkbox"/> Gärtner |

11. Wohnsituation

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Haus | <input type="checkbox"/> Stadt zentral |
| <input type="checkbox"/> Garten | <input type="checkbox"/> Kleinstadt |
| <input type="checkbox"/> Wohnung | <input type="checkbox"/> Dorf / Ländlich |
| <input type="checkbox"/> Balkon / Terrasse | <input type="checkbox"/> Nahversorgung vorhanden |
| <input type="checkbox"/> Wohnfläche bis 99 m ² | <input type="checkbox"/> gute Busverbindung |
| <input type="checkbox"/> Wohnfläche über 100 m ² | <input type="checkbox"/> Fahrrad vorhanden |
| Supermarkt – Entfernung zu Fuß: | Falls Haustiere im Haus – welche: |

12. Was ist Ihnen besonders wichtig bei der Betreuung?

Anmerkungen:

FRAGEBOGEN FÜR DIE VERMITTLUNG HÄUSLICHE 24 STUNDEN BETREUUNG



Seite 5

13. Wie sind Sie auf Pflegewohl24 aufmerksam geworden?

Empfehlung von:

Internet Sozialdienst Pflegedienst Flyer

14. Wie können wir Sie telefonisch erreichen?

Vormittags nachmittags ganztags

15. Betreuungsperson/en:

Vorname, Name

(evtl. Ehepartner)

Straße, Nr.

PLZ, Stadt

Telefon

16. Ansprechpartner / Kontaktperson

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Stadt

Telefon

E-Mail

Datenschutz

Hiermit willige ich die Erhebung und die Verarbeitung meiner personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten durch die Firma Pflegewohl24 mit Sitz in 42781 Haan, Rosenweg 4 ein zum Zwecke der Vermittlung von Dienstleistungsverträgen über die Erbringung von Betreuungsdienstleistungen im häuslichen Umfeld. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben in diesem Fragebogen.

Ort, Datum

Unterschrift