



Seniorenbetreuung 24/7

Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens:

Um Probleme mit der weiteren Bearbeitung des Formulars zu verhindern bitten wir Sie dieses erstmal auf Ihrem Rechner zu speichern und erst dann die gespeicherte Version auszufüllen.

Damit stellen wir sicher, dass keine Informationen verloren gehen und dass wir Ihre Anfrage so schnell wie möglich bearbeiten können.



- **Bitte speichern Sie dieses PDF zunächst auf Ihrem Rechner!**
- Anschließend können Sie das PDF öffnen, bearbeiten und wieder abspeichern.
- Damit wir all Ihre Informationen bekommen, schicken Sie uns den Fragebogen gerne als PDF per E-Mail zu.

Ihr Kontakt: info@seniorenbetreuung24-7.de

Falls Sie Rückfragen haben oder etwas nicht funktioniert, melden Sie sich gerne telefonisch unter +49 152 3872 6369.

Vielen Dank und beste Grüße,

Ihr Ansprechspartner für Rückfragen:

Name: Jan Valco **Kontakt:** +49 152 3872 6369



 Seniorenbetreuung 24/7 | SNP 820/33, 078 01 Sečovce, Slowakei

 +49 152 3872 6369  info@seniorenbetreuung24-7.de





Bitte füllen Sie den Fragebogen unbedingt wahrheitsgemäß aus. **Zum Ausfüllen, herunterladen!**

Persönliche Daten unserer Kontaktperson:

Anrede: Herr Frau

Titel:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Mobil:

E-mail:

Beziehung bzw. Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person:

Pflebedürftige Person:

Bei mehreren pflegebedürftigen Personen bitte für jede ein separates Formular ausfüllen.

Anrede: Herr Frau

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Welcher Pflegegrad liegt vor?

Kein: 1 2 3 4 5

Beantragt: 1 2 3 4 5

Welche Krankheiten/Einschränkungen liegen vor?

Allergien - wenn ja, welche:

Ansteckende Krankheit - wenn ja, welche:

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes (mit Insulin) | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> leichte Demenz | <input type="checkbox"/> Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang | <input type="checkbox"/> Rechts |
| <input type="checkbox"/> mittlere Demenz | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Makula-Degeneration | <input type="checkbox"/> Links |
| <input type="checkbox"/> schwere Demenz | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Mult. Sklerose | <input type="checkbox"/> Stoma |

Sonstige:

Wie mobil ist die pflegebedürftige Person aktuell?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kann sich eigenständig, ohne Hilfe fortbewegen | <input type="checkbox"/> Kann mit Hilfe gehen | <input type="checkbox"/> Geht mit Rollator/Gehstock |
| <input type="checkbox"/> Benutzt einen Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Überwiegend bettlägerig | <input type="checkbox"/> Komplett bettlägerig |

Benötigt die Pflegeperson Hilfe beim Aufstehen?

- Kann ohne Hilfe aufstehen
- Braucht teilweise Unterstützung beim Aufstehen
- Braucht leichte Unterstützung beim Aufstehen
- Ist komplett hilfsbedürftig

Ergänzungen:

Ist Treppensteigen möglich?

- Selbständig mit Unterstützung Nicht möglich



Bitte füllen Sie den Fragebogen unbedingt wahrheitsgemäß aus. **Zum Ausfüllen, herunterladen!**

Welche Hilfsmittel sind in der Haushalt Vorhanden?

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Badewannelifft | <input type="checkbox"/> Patientenlifter | <input type="checkbox"/> Hörgeräte |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Duschstuhl | <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Sehhilfen |

Sonstige:

Liegt eine Inkontinenz vor?

- Urin: Ja Nein Teilweise Sonstiges:
Stuhl: Ja Nein Teilweise Sonstiges:

Welche Hilfsmittel werden hierfür verwendet?

- Blasenkatheter Einlagen Stoma Urinflasche Windeln

Sonstige:

Sind irgendwelche Pflegedienste regelmäßig oder unregelmäßig beauftragt? (Rotes Kreuz, Fußpflege, usw.)

- Ja Nein Falls Ja, wie oft kommen Pfleger pro Tag:

Wird Pflegedienst auch zukünftig genutzt? Ja Nein

Welche Aufgaben verrichten die Pfleger:

Welche Aufgaben der Grundpflege soll die Betreuungskraft übernehmen?

An-/Auskleiden:

- Selbständig Teilweise selbst. Mit Hilfe Komplett Hilfsbedürftig

Baden bzw. Duschen und Körperpflege

Gesicht: Selbständig Teilweise selbst. Mit Hilfe Komplett Hilfsbedürftig

Mundpflege: Selbständig Teilweise selbst. Mit Hilfe Komplett Hilfsbedürftig

Oberkörper: Selbständig Teilweise selbst. Mit Hilfe Komplett Hilfsbedürftig

Gesäß / Beine: Selbständig Teilweise selbst. Mit Hilfe Komplett Hilfsbedürftig

Intimpflege: Selbständig Teilweise selbst. Mit Hilfe Komplett Hilfsbedürftig

Haare waschen: Selbständig Teilweise selbst. Mit Hilfe Komplett Hilfsbedürftig

Rasieren: Selbständig Teilweise selbst. Mit Hilfe Komplett Hilfsbedürftig

Handpflege: Selbständig Teilweise selbst. Mit Hilfe Komplett Hilfsbedürftig

Fußpflege: Selbständig Teilweise selbst. Mit Hilfe Komplett Hilfsbedürftig



Bitte füllen Sie den Fragebogen unbedingt wahrheitsgemäß aus. **Zum Ausfüllen, herunterladen!**

Essen / Trinken:

Selbständig Teilweise selbst. Komplett Hilfsbedürftig

Diät bzw. Speiseplan:

Selbständig Teilweise selbst. Komplett Hilfsbedürftig

Braucht die pflegebedürftige Person nachts Unterstützung?

Keine Unterstützung erforderlich Selten 1x pro Nacht 2-3x pro Nacht Öfter als 3x pro Nacht

Wie viele Personen leben im Haushalt?

Nur die pflegebedürftige Person 2 3 4

Wie viele Personen sind pflegebedürftig?

1 2 3

Welche Leidenschaften und Hobbys hat die pflegebedürftige Person? (bspw. spazieren gehen, Gesellschaftsspiele, Garten etc.)

Haben Sie Haustiere?

Nein Wenn ja, welche:

Sollen diese Tiere mitversorgt werden? Ja Nach Bedarf Nein

Ihre Anforderungen an die Betreuungskraft:

Welches Geschlecht soll die Betreuungskraft haben?

Männlich Weiblich Egal

Darf die Betreuungskraft draußen rauchen?

Ja Nein Ungern Egal

Welche Aufgaben soll die Betreuungskraft übernehmen?

- | | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Begleitung zu Terminen (Arztbesuch, Friseurbesuch etc.) | <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Gemeinsam Spiele spielen | <input type="checkbox"/> Ansprechpartner/in sein | <input type="checkbox"/> Reinigungsarbeiten | |
| <input type="checkbox"/> Die Pflegeperson mobilisieren und motivieren | <input type="checkbox"/> Gesellschaft leisten | <input type="checkbox"/> Leichte Gartenarbeiten (z. B. Blumen gießen) | |
| <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Ausflüge unternehmen | <input type="checkbox"/> Tiere versorgen | |
| | <input type="checkbox"/> Auto fahren | | |



Bitte füllen Sie den Fragebogen unbedingt wahrheitsgemäß aus. **Zum Ausfüllen, herunterladen!**

Wie ist das Zimmer der Betreuungskraft ausgestattet?

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eigenes Bad | <input type="checkbox"/> Eigenes Bett | <input type="checkbox"/> Tisch | <input type="checkbox"/> Schrank |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Internetzugang | <input type="checkbox"/> Internetzugang beantragt* |

*Dringend empfohlen, falls noch nicht vorhanden. Internetzugang sollte definitiv gewährleistet sein.

Wie ist die aktuelle Wohnsituation?

- Ort: Großstadt Kleinstadt Dorf

- Haus: Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Über welche Deutschkenntnisse soll die Betreuungskraft verfügen?

- Geringe Deutschkenntnisse Mittlere Deutschkenntnisse Gute Deutschkenntnisse Keine Deutschkenntnisse

Wann soll die Betreuungskraft anreisen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Anzeige | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Private Empfehlung | <input type="checkbox"/> Social Media (Youtube, Facebook, etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Flyer | <input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtung | |

Was sollten wir noch wissen?

Datenschutz: Hiermit willige ich die Erhebung und die Verarbeitung meiner personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten durch die Firma Volkspflege 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.