



Fragebogen

Betreute Person

1. Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____ Gewicht: _____

2. Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____ Gewicht: _____

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ und Ort):

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Weiter im Haushalt lebende Personen (nicht zu pflegende Halshautbewohner) :

Person 1:

Name und Vorname: _____

Beziehung zu der betreuten Person/ betreuten Personen (z.B. Ehemann): _____

Person 1:

Name und Vorname: _____

Bezug zu der betreuten Person/ betreuten Personen (z.B. Sohn): _____

Ansprechpersonen- Notfallkontakt

Name und Vorname: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Bezug zu der betreuten Person/ Personen: _____

* Pflegedienst vor Ort (Name, Anschrift und Telefonnummer der Institution):

Gesundheitsmerkmale

Pflegegrad: _____

- Alzheimer
- Demenz/ Altersdemenz
- MS
- Geistige Behinderung
- Schlaganfall
- Stoma
- Tumor/ Krebs
- Schwerbehinderung
- Dekubitus
- Parkinson
- Diabetes
- Asthma

Andere(Krankheitsbild):

Kommunikationsfähigkeit (gut, mittel, schwach, gar nicht gegeben)

- sehen: _____

- hören: _____

- sprechen: _____

- verstehen: _____

Mobilität der zu betreuenden Person (genaue Beschreibung):

Muss der Patient/ die Patientin gehoben bzw. getragen werden?:

Eingesetzte Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl, Toilettenstuhl, Treppenlift und/ oder Ähnliches):

Aufgaben der Pflegekraft:

- Einkauf
- Essenszubereitung
- Essenseinreichung
- Ankleiden
- Putzarbeiten
- Ankleiden
- Mundhygiene
- Haustierversorgung
- Körperhygiene
- Ordnungshilfe
- Wahrnehmung von Arztbesuchen und Einlösung von Rezepten Toilettengang
- Wäschepflege
- Rasieren, Nägel schneiden
- Inkontinenzversorgung
- Niederlegung zu Bett/ Hilfe bei Stellungswechsel
- Nachtsbereitschaft

Nachtruhe (ungestört, gelegentlich gestört, immer gestört):

Weitere Aufgaben:

Pflegekraft

Das gewünschte Geschlecht: _____

Der gewünschte Alter: _____

Die gewünschte Einsatzdauer: _____

Führerschein: _____

Hobbys oder weitere notwendige Fähigkeiten:

Sprachliche Kompetenz der Pflegekraft:

- kommunikatives Deutsch- leichte Verständnis und Äußerungsmöglichkeit
- mittleres Deutsch
- gutes Deutsch

Bereits eingesetzte externe Hilfen:

- Ambulanter Pflegedienst
- Tagespflege o.ä.
- Besucherdienst
- Hausnotruf
- Essen auf Rädern

Werden welche der genannten Hilfen mit der Einsatz der Pflegekraft abgesetzt?

Wenn ja, welche: _____

Wohnsituation

Zu pflegende Person/ zu pflegende Personen:

Wohnungs-/ Hausgröße ca. in qm: _____

Zugang zu der Wohnung (z.B. ebenerdig, Treppe, Treppenlift, Rampe):

Ist die Wohnung barrierefrei eingerichtet (falls notwendig): _____

Einkaufsmöglichkeiten vor Ort: _____

Steht der Pflegekraft ein Auto oder ein Fahrrad zur Verfügung? _____

Weitere individuelle Merkmale der Wohnsituation:

Pflegekraft:

Zimmer-/ Wohnungsgröße ca. in qm: _____
(ein Bett, Schrank und Tisch sind Voraussetzung der Ausstattung für die Pflegekraft)

Folgende Fragen bitte mit ja oder nein beantworten:

- eigenes Bad: _____

- Bad zu Mitbenutzung: _____

- Internetzugang/ WLAN: _____

- Fernseher: _____

- Computer: _____

- Telefon: _____

Freizeit/ Pausenzeiten der Pflegekraft:

Besonderheiten:

(Dieses Feld ist für Sie. Bitte erläutern Sie hier alles, was Ihnen noch wichtig erscheint, was in dem Fragebogen nicht angefragt worden ist).



Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben um unsere Fragen zu beantworten!

Bitte beachten Sie, dass diese Informationen uns als Grundlage für die Suche der Pflegekraft dienen. Daher ist es sehr relevant, dass diese richtig und vollständig sind.

Ich versichere, dass die in dem Fragebogen gemachten Angaben vollständig und richtig gemacht worden sind. Unechte oder unvollständige Angaben können zu Mehrkosten oder Vertragskündigung beitragen.

Ort, Datum

Unterschrift