

Kontakt

Sorglos 24
Emmy-Noether Str. 4c
63505 Langenselbold

Tel: 0163 5695528
E-Mail: sorglosinfo@gmx.de
www.sorglos24h.de



Fragebogen zur Ermittlung von Pflege/ Betreuungskräften

Schön, dass Sie sich für unsere Betreuungsdienstleistung interessieren.
Wir bemühen uns sehr, die richtige Betreuungskraft für Sie zu finden.
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus und senden uns diesen per Post oder E-Mail zurück.
Wir erstellen Ihnen dann ein unverbindliches Angebot für eine 24h häusliche Pflegebetreuung.

1. Angaben zum Auftraggeber (Kontaktperson)

Name: Vorname:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

Fax: E-Mail:

Beziehungsverhältnis:

2. Angaben zur zu betreuenden Person

Name: Vorname:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

Fax: E-Mail:

Größe: Gewicht:

Geb.datum:

Pflegegrad: 0 1 2 3 4 5

Beantragt: 0 1 2 3 4 5

3. Gesundheitszustand

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> Lauschwäche | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |

4. Sprach-/ Hör-/ Sehschwierigkeit

- | | | | |
|--------------|-------------------------------------|--------------------------------|--|
| Sprechen: | <input type="checkbox"/> in Ordnung | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> starke Probleme |
| Hören: | <input type="checkbox"/> in Ordnung | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> starke Probleme |
| Sehen: | <input type="checkbox"/> in Ordnung | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> starke Probleme |
| Hilfsmittel: | | | |

5. Bewegung

- | | | | |
|--------------|-------------------------------------|--------------------------------|--|
| Bewegung: | <input type="checkbox"/> in Ordnung | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> starke Probleme |
| Hilfsmittel: | | | |

6. Körperpflege/ Hygiene

Baden/ Duschen:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
An-/ Auskleiden:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
Essen/ Trinken:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
Körperpflege:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
Urinkontrolle:	<input type="checkbox"/> kontrolliert	<input type="checkbox"/> teil. inkont.	<input type="checkbox"/> inkontinent
Stuhlkontrolle:	<input type="checkbox"/> kontrolliert	<input type="checkbox"/> teil. inkont.	<input type="checkbox"/> inkontinent
Schluckstörung:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> hat Störung	<input type="checkbox"/> PEG Sonde
Diät:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="text"/>
Ein-/ Durchschlafen:	<input type="checkbox"/> keine Probleme	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> starke Probleme
Nachtaktiv:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> sehr oft

7. Wünsche an die Betreuungskraft

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> egal
Alter:	<input type="checkbox"/> ab 40	<input type="checkbox"/> ab 50	<input type="checkbox"/> egal
Sprachkenntnisse:	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend
Führerschein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> egal	
Nichtraucherin:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> egal	

8. Unterkunft

- Rahmenbedingungen: Großstadt Kleinstadt Ländlich
- Wohnsituation: Haus Reihenhaus Wohnung
- Einkaufsmöglichkeit zu Fuß: 10 Minuten 20 Minuten wird von Fam. erledigt
- Ausstattung: eigenes Bad Internet eigenes TV

Haustiere: ja nein

9. Freizeit

Freizeit: 2Std./Tag 1 Tag/Woche nach Absprache

10. Gewünschter Termin

Beginn: schnellstmöglich Wunschtermin:

11. Weitere Personen im Haushalt

Leben weitere Personen im Haushalt? ja nein

ja, muss diese Person ebenfalls betreut werden? ja nein

12. Pflegedienst

Gibt es eine Versorgung durch den Pflegedienst? ja nein

Wenn ja, in welchem Umfang möchten Sie die Leistung des Pflegedienstes beibehalten:

13. Bemerkungen

Empfohlen durch:



Ort,

Datum

Unterschrift Kunde


Unterschrift Agentur

SORGLOS  24h
Pflege und Betreuung
Emmy-Noether Str. 4c
63505 Langenselbold
Mobil: +49 (0) 163 5 69 55 28
E-Mail: sorglosinfo@gmx.de