

**Bitte (unbedingt) gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!**

## 1. Kontaktperson:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
 Telefon (zu Hause): \_\_\_\_\_ Telefon (geschäftlich): \_\_\_\_\_  
 Telefon Mobil: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_  
 Telefax: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_  
 (zwischen dem Betreuungsbedürftigen und der Kontaktperson)

## 2. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon (Mobil): \_\_\_\_\_  
 Telefax: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Raucher:  ja  nein

Pflegegrad:  n.v.     1     2     3     4     5     beantragt

Pflegeversicherung:  gesetzlich                       privat

Sprache:  gut     eingeschränkt     nicht möglich

Sehkräfte:  gut     eingeschränkt     massive Probleme

Hörvermögen:  gut     eingeschränkt     massive Probleme

Brille:  ja     nein      Hörgerät:  ja     nein

Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen:  ja     nein

Nächtliche Hilfe:  nicht erforderlich     erforderlich und zwar:  1-2 Mal     mehrfach

Bewegung:  uneingeschränkt     mit Unterstützung     bettlägerig

Stehen:  uneingeschränkt     mit Unterstützung     eingeschränkt

Treppensteigen:  selbstständig     mit Unterstützung     nicht möglich

Transfer Bett/Rollstuhl:  selbstständig     mit etwas Hilfe     komplett hilfsbedürftig

Muss die Betreuungsbedürftige Person gelagert werden:  ja     nein

Hilfsmittel:  Krücken/Stock     Rollator     Rollstuhl     Nachtstuhl  
 Badewannenlift     Dekubitusmatratze     Pflegebett

Zeitliche und örtliche Orientierung:  gut     zeitweise     massive Probleme

Geistiger Zustand:  klar     nicht ansprechbar     verwirrt     teilnahmslos

Toilette:  selbstständig     mit Hilfe     Teilinkontinenz     Vollinkontinenz

Baden/Duschen:  selbstständig     mit Hilfe     komplett hilfsbedürftig

- Krankheiten:**
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien             | <input type="checkbox"/> Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Asthma               |
| <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Demenz               |
| <input type="checkbox"/> Depression            | <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt          |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung   | <input type="checkbox"/> Hypertonie        | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose    |
| <input type="checkbox"/> Parkinson             | <input type="checkbox"/> Rheuma            | <input type="checkbox"/> Schlaganfall         |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:             |  | <input type="checkbox"/> Stoma (Anus praeter) |
- 

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten:  ja  nein

Leidet andere im Haushalt lebende Person an ansteckenden Krankheiten:  ja  nein

Falls „ja“ welche \_\_\_\_\_

Kau- u. Schluckstörungen:  keine  Störungen

Diät:  keine  wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Nahrungsaufnahme:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

Ist ein Pflegedienst beauftragt?  ja  nein

Wenn ja, wird der Pflegedienst weiterkommen?  ja  nein

Pflegedienstleistungen: \_\_\_\_\_

Hobbys, wenn ja welche: \_\_\_\_\_

**Körperpflege:**

Gesicht:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

Körper:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

Gesäß:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

Intimpflege:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

Rasieren:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

Harre waschen/kämmen:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

Mundpflege/Zahnersatz:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

An – und Auskleiden:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

Zusätzliche Angaben: \_\_\_\_\_

**3. Anforderungen an das Personal:**

---

Geschlecht:  weiblich  männlich  irrelevant

Pflegeerfahrung:  nein  ja

Deutschkenntnisse:  gut  befriedigend  ausreichend  schwach

Kochkenntnisse:  gut  befriedigend  ausreichend

Raucher:  nein (nur im Freien)  irrelevant

Alter:  25 – 35  älter als 35  älter als 45  irrelevant

Führerschein  wünschenswert  nicht erforderlich  zwingend erforderlich

Weitere Anforderungen: \_\_\_\_\_

#### 4. Rahmenbedingungen:

---

Lage:  Stadt  Dorf  ländlich  
Wohnungsart:  Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  
 Wohnung  Wohnfläche ca. \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>  
Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):  ca. 10 Min  ca. 20 Min  mehr als 30 Min  
Zimmer für den(die) Betreuer(in):  Bett  Schrank  Tisch  Radio  TV  
Bad/WC für den(die) Betreuer(in):  separat  zur gemeinsamer Nutzung  
Steht der Betreuungskraft Internet zur Verfügung?  ja  nein  wird eingerichtet

#### 5. Arbeits- und Freizeitregelung:

---

Dauer des Einsatzes:  1 Monat  bis 3 Monate  dauerhaft  
Nachteinsätze:  nein  wenn ja, wie häufig: \_\_\_\_\_  
Freizeit:  2 h/Tag  1 Tag/Woche  nach Absprache

#### 6. Andere Anforderungen:

---

Einkaufen:  nie  ab und zu  täglich  
Kochen / Essenvorbereitung:  nie  ab und zu  täglich  
Wäsche waschen:  nie  ab und zu  täglich  
Bügeln:  nie  ab und zu  täglich  
Haustiere:  ja  nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
Mitversorgung von Haustieren:  ja  nein  
Einfache Gartenpflege:  nie  ab und zu  täglich  
Arztbesuche:  nie  ab und zu  täglich  
Weitere Anforderungen: \_\_\_\_\_

#### 7. Sonstiges:

---

Anzahl der weiteren im Haushalt lebenden Personen: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_  
Fallen für diese Personen Arbeiten an?  ja  nein  
Wenn ja, welche?  Hauswirtschaftliche Unterstützung  Pflegehilfe  
**Bei Pflegebedarf weiterer Personen füllen Sie bitte einen neuen Fragebogen aus!**

Gewünschter Betreuungsbeginn: \_\_\_\_\_ Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: \_\_\_\_\_

„Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß sind.“

**Ort, Datum und Unterschrift:** \_\_\_\_\_

#### Tagesablauf der zu betreuenden Person:

---

Morgens, Vormittags:

---

Nachmittags, Abends:

---

Baden Duschen:  täglich  \_\_\_\_\_ Mal pro Woche  wecken um \_\_\_Uhr  ausschlafen lassen

---

**Der Schutz Ihrer persönlichen Daten und deren vertrauliche Behandlung ist für uns eine Selbstverständlichkeit.**