

Fragebogen "Pflege zu Hause"

Agentur **ihrepflege.eu** GmbH · Dresdener-Str. 13 · 01945 Ruhland
Telefon: 035752 / 16 90 4 · Fax: 035752 / 16 905 · eMail: info@ihrepflege.eu

(Kostenlose Hotline: 0800 - 44 73 73 5)

Wir benötigen diesen ausgefüllten Fragebogen, um Ihnen ein detailliertes Angebot unsererseits erstellen zu können. Das Ausfüllen des Fragebogens ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keinem Auftrag oder Vertragsabschluss und auch zu keiner Zahlung.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und wahrheitsgemäß aus und senden diesen dann per Post, Fax oder per eMail an die Agentur ihrepflege.eu zurück. Bei eventuell noch offenen Fragen setzen wir uns mit Ihnen telefonisch in Verbindung.

Ich bitte um Erstellung eines kostenlosen Angebotes / Kostenvoranschlages unter Berücksichtigung der unten stehenden Daten.

1. Personendaten

Ansprechpartner: Frau Herr

Nachname _____ Vorname _____
Straße _____ PLZ/Ort _____
Telefon _____ Handy _____
Fax _____ eMail _____

Leistungsempfänger:

Für: Einzelperson Ehepaar Frau Herr

1. Nachname _____ Vorname _____
Größe _____ cm Gewicht _____ kg Pflegegrad _____ Geburtstag _____

Frau Herr

2. Nachname _____ Vorname _____
Größe _____ cm Gewicht _____ kg Pflegegrad _____ Geburtstag _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Handy _____

Verhältnis zum Ansprechpartner: Mutter Vater Ehepartner oder ... _____

Vertragspartner:

Wer soll Vertragspartner werden? Ansprechpartner ... oder Leistungsempfänger

Ab wann sollte die Betreuung beginnen? _____

2. Angaben zum Gesundheitszustand

Welche Pflegegrad liegt vor?

Patient 1

- kein Pflegegrad
- Pflegegrad erst beantragt
- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5

Patient 2

- kein Pflegegrad
- Pflegegrad erst beantragt
- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5

Gesundheitsmerkmale:

Patient 1

Mobilität:

- kann alleine laufen
- kann mit Hilfe laufen
- Rollstuhl Rollator Gehhilfe
- bettlägerig

Geistiger Zustand:

- klar
- dem Alter entsprechend
- apathisch / teilnahmslos
- Depression: schwach stark
- Alzheimer Demenz
- geistig behindert

Toilette:

- selbstständig
- mit Hilfe
- Teilinkontinenz
- Vollinkontinenz

Weitere Beschwerden:

- MS-Patient
- Parkinson
- Probleme mit der Speiseröhre
- Diabetes
- Schlaganfall
- Dauerkatheter
- Bluthochdruck
- Schwerhörigkeit
- Tumor
- Druckgeschwür / Dekubitus
- Herz-Kreislaufkrankung
- künstlicher Darmausgang / Stoma
- sonstige Krankheiten

Desorientierung:

- zum Ort zum Person zur Zeit

Patient 2

- kann alleine laufen
- kann mit Hilfe laufen
- Rollstuhl Rollator Gehhilfe
- bettlägerig

- klar
- dem Alter entsprechend
- apathisch / teilnahmslos
- Depression: schwach stark
- Alzheimer Demenz
- geistig behindert

- selbstständig
- mit Hilfe
- Teilinkontinenz
- Vollinkontinenz

- MS-Patient
- Parkinson
- Probleme mit der Speiseröhre
- Diabetes
- Schlaganfall
- Dauerkatheter
- Bluthochdruck
- Schwerhörigkeit
- Tumor
- Druckgeschwür / Dekubitus
- Herz-Kreislaufkrankung
- künstlicher Darmausgang / Stoma
- sonstige Krankheiten

- zum Ort zum Person zur Zeit

Wurde der Patient schon mal stationär aufgenommen?

- ja nein

Wenn ja, wo?

- Altersheim
- Psychiatrie
- Krankenhaus

- ja nein

- Altersheim
- Psychiatrie
- Krankenhaus

Weitere bekannte Krankheiten:

Welche weiteren Krankheiten sind beim Leistungsempfänger noch bekannt?

- _____

- _____

- _____

- _____

3. Angaben zur Pflege

Patient 1

Die zu betreuende Person / Patient:

- muss angehoben werden
- kann dabei mithelfen

Welche Hilfsmittel sind dafür vorhanden?

- Hebesitz
- Hebegurt
- Patientenlift

Überwachung des Patienten in der Nacht erforderlich?

- ja
- nein

Wenn ja - wie sollte die Nachtruhe ablaufen?

- ungestört
- gelegentlich gestört
- oft erhebliche Unruhe
- regelmäßige nächtliche Betreuung

Ist zurzeit ein Pflegedienst vor Ort beauftragt?

- ja
- nein

Wenn ja - soll dieser Pflegedienst weiterhin kommen?

- ja
- nein

Wenn ja - wie oft kommt der Pflegedienst am Tag?

- 1 x täglich
- 2 x täglich
- 3 x täglich

Was macht der Pflegedienst zurzeit? Grundpflege

- medizinische Pflege
- Medikamentengabe

4. Angaben zum Haushalt

Art des Haushaltes: Wohnung Haus
Gartenfläche ca. _____ m²

Haushaltsfläche ca. _____ m²

Art des Haustieres _____

Fragebogen "Pflege zu Hause"

Personenzahl im Haushalt: _____

Wer wohnt mit im Haushalt? Ehepartner Angehörige Verwandte Lebenspartner

Leben im selben Haushalt kommen zu Besuch (täglich wöchentlich monatlich)

Liegt der Haushalt in einer/m: Stadt Dorf

Wie viel Einwohner hat diese/s Stadt / Dorf? _____

Die zwei nächst größeren Bahnhöfe sind:

1. _____ 2. _____

Wer holt die Betreuerin ab (Name)? _____ Tel.-Nr. _____

5. Angaben zur Tätigkeit

Betreuungsdauer: langfristig nur kurze Zeit steht noch nicht fest

Geschätzte tatsächliche Arbeitszeit/Tag (in Stunden): _____

Folgende Dienstleistung / Tätigkeiten soll/en vor Ort ausgeführt werden:

(bitte genaue Beschreibung)

Patient 1

personenbezogene Tätigkeiten:

- gelegentliche nächtliche Betreuung
- allgemeine Seniorenbetreuung
- aktivierende Betreuung (Spiele etc.)
- spazieren gehen:
 - ohne mit Rollstuhl / Rollator
- Freizeitgestaltung / gemeinsame Ausflüge
- zum Arzt begleiten
- Hilfe bei der Grundpflege:
 - Hilfe beim Ankleiden bzw. Ankleiden
 - Hilfe beim Waschen, Duschen, Baden bzw. Waschen, Duschen, Baden
 - Windeln wechseln
 - Essen und Trinken überwachen bzw. Essen und Trinken geben

Weiteres: _____

Patient 2

personenbezogene Tätigkeiten:

- gelegentliche nächtliche Betreuung
- allgemeine Seniorenbetreuung
- aktivierende Betreuung (Spiele etc.)
- spazieren gehen:
 - ohne mit Rollstuhl / Rollator
- Freizeitgestaltung / gemeinsame Ausflüge
- zum Arzt begleiten
- Hilfe bei der Grundpflege:
 - Hilfe beim Ankleiden bzw. Ankleiden
 - Hilfe beim Waschen, Duschen, Baden bzw. Waschen, Duschen, Baden
 - Windeln wechseln
 - Essen und Trinken überwachen bzw. Essen und Trinken geben

Weiteres: _____

Fragebogen "Pflege zu Hause"

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

Hauswirtschaftliche Versorgung für: 1 Person 2 Personen mehrere Personen

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

- kochen Wäsche waschen Blumenpflege Reinigung der Wohnung
 bügeln Einkaufen gehen Auto fahren Gartenpflege / Gartenarbeiten
 Haustiere füttern spazieren gehen

Weiteres:

Welche Hobbys hat die zu betreuende Person (z.B. Spazierengehen, Tiere, Schachspielen, Lesen, Opern etc.)?

Patient 1:

Patient 2:

6. Personalanforderungen

Wir versuchen für Sie das geeignetste Personal zu finden. Sie können hier nun Ihre Wünsche angeben. Wir versuchen, diese weitestgehend bei der Personalsuche mit einzubeziehen.

- Geschlecht: weiblich männlich egal 2 Personen
Alter: 30 - 40 40 - 50 50 - 60 egal
Pflegeerfahrung: ja nein egal Krankenschwester / Krankenpfleger
Kochkenntnisse: ja nein egal
Führerschein: ja, wichtig nein egal
Nichtraucher: ja, wichtig nein egal
Tierlieb: ja, wichtig nein egal

- Deutschkenntnisse: Grundkenntnisse (verstehen mit Schwierigkeiten, sprechen sehr wenig)
 erweiterte Grundkenntnisse (verstehen gut, sprechen nur einfache Sätze)
 gute Kenntnisse (einfache Unterhaltung ist möglich)
 sehr gute Kenntnisse (Unterhaltung auf gutem Niveau möglich)

Weiteres:

Unterbringung, Kommunikation und Verpflegung:

Die Betreuungskraft bewohnt: eigenes Zimmer separate Wohnung

Ausstattung des Zimmers: eigenes Bad Bett Tisch
 Schrank Radio TV

Weiteres: _____

Welche Kommunikationsmöglichkeiten können Sie der Betreuungskraft zur Verfügung stellen?

Telefon-Festnetz Festnetz mit Auslandsflatrate (CountryFlat) Internet WLAN

Wie wird die Verpflegung des Personals / des/r Betreuers/in sichergestellt?

mit betreuter Person zusammen mit in der Familie Selbstverpflegung

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß ca. in min): _____

Wie soll der Freizeitausgleich des entsendeten Personals erfolgen?

- täglich, stundenweiser Freizeitausgleich (2 - 4 Stunden pro Tag ist Minimum), obligat
- ein Tag oder zwei halbe Tage / pro Woche frei, obligat
- ein Wochenende pro Monat frei (fakultativ)

Platz für weitere Details, die für die Betreuung von Bedeutung sein könnten oder für Wünsche an die Qualifikation und Eigenschaften der Betreuungskraft:

(z.B. kräftige Person, Alter, evt. Hobbys, Tierliebe etc.; Bitte in der Reihenfolge der Wichtigkeit!)

7. Sonstiges

Hier können Sie sonstige Angaben machen, die Ihnen wichtig erscheinen oder Fragen stellen, die Sie geklärt haben möchten:

Hatten Sie schon einmal eine 24-Stunden-Betreuung beschäftigt? ja nein

Wenn ja - wie wurde diese vermittelt? privat vermittelt Vermittlungsagentur ZAV

Fragebogen "Pflege zu Hause"

Wie sind Sie auf die Agentur ihrepflege.eu aufmerksam geworden?

- über`s Internet (Google) Stiftung Warentest Presse / Zeitung Fernsehen
 Pflegestützpunkt Pflegedienst Sozialstation Krankenhaus
 Bekannte / Nachbarn / Freunde Anderes: _____

Wir bitten Sie, den Fragebogen zu unterschreiben. Sie unterschreiben nur für die Richtigkeit der Angaben und nicht für einen Auftrag. Die Unterschrift auf diesem Fragebogen führt zu keinem Auftrag und verpflichtet Sie zu keiner Zahlung. Das Angebot - welches wir aus den von Ihnen in diesem Fragebogen getätigten Angaben erstellen - ist für Sie unverbindlich.

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die Agentur ihrepflege.eu die in diesem Fragebogen enthaltenen, persönlichen Daten zum Ansprechpartner bzw. zum Leistungsempfänger im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet werden dürfen. Soweit es für die Bearbeitung meiner Anfrage notwendig ist, kann die Agentur ihrepflege.eu diese Daten an Vertragspartner weiterleiten, die diese Daten benötigen, um mir ein Angebot oder ein Personalvorschlag zur Pflege des Hilfebedürftigen zu unterbreiten. Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten über den Hilfebedürftigen befugt zu sein.

Ich bestätige, dass die oben genannten Daten und Informationen nach bestem Wissen, wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Wir können Ihnen versichern, dass die von Ihnen getätigten Angaben vertraulich behandelt werden. Die Daten werden auf keinen Fall zu Werbezwecken verwendet. Wenn es zu keiner Vermittlung durch die Agentur ihrepflege.eu kommt, wird dieser Fragebogen nach 3 Monaten vernichtet.

**Agentur
ihrepflege.eu** GmbH
Dresdener-Str. 13 · D- 01945 Ruhland



Frau Tatjana Baydina Telefon: 035752 / 16904
Frau Gerlinde Stilcke Telefon: 035752 / 16906
Fax: 035752 / 16905 eMail: info@ihrepflege.eu

Büro Augsburg:

86368 Gersthofen | Donauwörther Str. 3

Telefon: 0821 / 45 308 777 · Fax: 0821 / 45 308 778 · eMail: bayern@ihrepflege.eu

Bürozeiten Montag - Freitag von 9:00 - 18:00 Uhr

freecall 0800 ihrepflege · freecall 0800 44 73 73 5

seriös · kompetent · serviceorientiert

www.ihrepflege.eu