

## FRAGEBOGEN FÜR PFLEGE ZU HAUSE

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 E-Mail 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.

### 01 PERSONENDATEN

► **Ansprechpartner:** Frau Herr

Nachname: Vorname:

Straße: Ort/PLZ:

Telefon, Handy E-Mail:

Fax

► **Leistungsempfänger:** Einzelperson Ehepaar

**1.** Frau Herr Geburtstag:

Nachname:

Vorname:

Größe: cm Gewicht: kg

**2.** Frau Herr Geburtstag:

Nachname:

Vorname:

Größe: cm Gewicht: kg

**Adresse der Einzelperson oder des Ehepaares**

Straße:

Ort/PLZ:

Telefon, Handy

**Verhältnis zum Ansprechpartner:**

Mutter Vater Ehepartner

oder...

► **Vertragspartner:** Wer soll Vertragspartner werden? Ansprechpartner Leistungsempfänger

► **Ab wann sollte die Betreuung beginnen?**

## 02 ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

### 1. Patient

#### ▶ Welche Pflegegrad liegt vor?

kein Pflegegrad      Pflegegrad beantragt

Pflegegrad:    1      2      3      4      5

#### ▶ Gesundheitsmerkmale:

##### 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-Kreislauferkrankung  
 künstlicher Darmausgang / Stoma  
 sonstige Krankheiten

**Desorientierung:**    zum Ort      zur Person      zur Zeit

**War der Patient schon mal stationär aufgenommen?**    nein  
 wenn ja wo:      Altersheim    Psychiatrie    Krankenhaus

### 2. Patient

#### ▶ Welche Pflegegrad liegt vor?

kein Pflegegrad      Pflegegrad beantragt

Pflegegrad:    1      2      3      4      5

#### ▶ Gesundheitsmerkmale:

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-Kreislauferkrankung  
 künstlicher Darmausgang / Stoma  
 sonstige Krankheiten

zum Ort      zur Person      zur Zeit

nein      wenn ja wo:  
 Altersheim    Psychiatrie    Krankenhaus

## 1. Patient

► Welche weiteren Krankheiten sind noch bekannt?

## 2. Patient

## 03 ANGABEN ZUR PFLEGE

### Die zu betreuende Person / Patient:

muss angehoben werden  
kann dabei mithelfen

muss angehoben werden  
kann dabei mithelfen

### Welche Hilfsmittel sind dafür vorhanden?

Hebesitz  
Hebegurt  
Patientenlift

Hebesitz  
Hebegurt  
Patientenlift

### Überwachung des Patienten in der Nacht erforderlich?

ja            nein

ja            nein

### Wenn ja - wie sollte die Nachtruhe ablaufen?

ungestört  
gelegentlich gestört ( 1-2x pro Woche)  
oft erhebliche Unruhe ( 1-2x pro Nacht)  
regelmäßige nächtliche Betreuung  
( öfters als 2x pro Nacht)

ungestört  
gelegentlich gestört ( 1-2x pro Woche)  
oft erhebliche Unruhe ( 1-2x pro Nacht)  
regelmäßige nächtliche Betreuung  
( öfters als 2x pro Nacht)

### 1) Ist zurzeit ein Pflegedienst vor Ort beauftragt?

ja            nein

### 2) Wenn ja - wie oft kommt der Pflegedienst am Tag?

1 x täglich            2 x täglich            3 x täglich

### 3) Was macht der Pflegedienst zurzeit?            Grundpflege

medizinische Pflege            Medikamentengabe

### 4) Soll der Pflegedienst weiterhin kommen ?

ja            nein

## 04 ANGABEN ZUM HAUSHALT

### ► Art des Haushaltes:

Wohnung            Haus            Haushaltsfläche ca.            m<sup>2</sup>            Gartenfläche ca.            m<sup>2</sup>

Personenzahl im Haushalt:            Haustiere im Haushalt, Art des Tieres

## Wer wohnt mit im Haushalt?

Ehepartner	ja	nein	kommt zu Besuch	täglich	wöchentlich	monatlich
Lebenspartner	ja	nein	kommt zu Besuch	täglich	wöchentlich	monatlich
Angehörige	ja	nein	kommen zu Besuch	täglich	wöchentlich	monatlich
Verwandte	ja	nein	kommen zu Besuch	täglich	wöchentlich	monatlich

**Liegt der Haushalt in einer/m:**      Stadt      Dorf      Wie viele Einwohner hat diese/s Stadt / Dorf?

## 05 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)

### 1. Patient

► **personenbezogene Tätigkeiten:**

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

Weiteres:

### 2. Patient

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

Weiteres:

► **Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:**

Hauswirtschaftliche Versorgung für:	1 Person	2 Personen	mehrere Personen
Reinigung der Wohnung	Einkaufen gehen	kochen	Wäsche waschen
bügeln	Blumenpflege	Haustier füttern	spazieren gehen

## Weiteres Versorgungstätigkeiten:

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

**1. Patient**

**2. Patient**

## 06 PERSONALANFORDERUNGEN

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

<b>Geschlecht:</b>	weiblich	männlich	egal	2 Personen
<b>Alter:</b>	30 - 40	40 - 50	50 - 60	egal
<b>Pflegeerfahrung:</b>	ja	nein		
<b>Kochkenntnisse:</b>	ja	nicht so wichtig		
<b>Führerschein:</b>	ja, wichtig	nein		
<b>Nichtraucher:</b>	ja, wichtig	nicht so wichtig		
<b>Tierlieb:</b>	ja, wichtig	nicht so wichtig		
<b>Deutschkenntnisse:</b>	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)			

► **Unterbringung, Kommunikation und Verpflegung:**

<b>Die Betreuungskraft bewohnt:</b>	eigenes Zimmer	separate Wohnung			
<b>Ausstattung des Zimmers:</b>	eigenes Bad	Bett	Tisch	Schrank	TV
	Weiteres:				
<b>Welche Kommunikationsmöglichkeiten können Sie zur Verfügung stellen:</b>	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!)

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

Internet(Google)      Pflegestützpunkt

Stiftung Warentest      Pflegedienst

Presse / Zeitung      Sozialstation

Fernsehen      Krankenhaus

Messe      Anderes:

Bekannte / Nachbarn / Freunde

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 bestätige, dass ich die beigefügten Datenschutzhinweise der ihrepflege.eu GmbH erhalten habe.

**EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN UND SENSIBLER DATEN:**

In die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und meiner sensiblen Daten (insbesondere Gesundheitsdaten) willige ich ausdrücklich ein. Die ihrepflege.eu GmbH benötigt diese Daten und Informationen, damit mir ein Angebot eines geeigneten Vertragspartners zur Betreuung, die Hilfe im Haushalt oder die Pflegehilfe oder ein geeigneter Personalvorschlag unterbreitet werden kann und zur weiteren Korrespondenz mit mir. Diese Einwilligung kann jederzeit gegenüber ihrepflege.eu GmbH widerrufen werden. Für den Widerruf genügt eine eMail an: info@ihrepflege.eu. Soweit es sich um Daten eines Dritten (Hilfsbedürftiger) handelt, versichere ich zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten des Dritten 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.

**ihrepflege.eu GmbH**  
Dresdenerstr. 13 01945 Ruhland

Frau Tatjana Baydina ☎ 035752 16904

Frau Gerlinde Stilcke ☎ 035752 16906

☎ 035752 16905

✉ info@ihrepflege.eu

**Bürozeiten**

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

**freecall 0800 ihrepflege • freecall 0800 44 73 73 5**



**seriös • kompetent • serviceorientiert**