

# FRAGEBOGEN

ZUR VERMITTLUNG VON PFLEGEUNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN

..ANGEBOTSNUMMER :	..DATUM :
--------------------	-----------

..Wir bitten Sie diesen Fragebogen so detailliert und leserlich wie möglich auszufüllen.

..Angaben zur pflegebedürftigen Person		
..Name:	..Vorname :	
..Anschrift mit PLZ :		..Geburtsdatum:
..Tel/Handy :	..Fax :	..Email:

..Angaben zu Ansprechpersonen / Angehörigen		
..1.Name :	..Vorname :	
..Anschrift mit PLZ		
..Handy:	..Telefonnummer:	..Email:
..2.Name:	..Vorname:	
..Anschrift mit PLZ:		
..Handy:	..Telefonnummer:	..Email:
..Angehörigen : <input type="checkbox"/> leben im gemeinsamen Haushalt <input type="checkbox"/> kommen zu Besuch (wie oft) .....		

..Gesundheitsmerkmale :	
<input type="checkbox"/> A_lzheimer <input type="checkbox"/> D_ekubitus (Druckgeschwür) <input type="checkbox"/> G_eistig behindert <input type="checkbox"/> a_llergische Krankheiten <input type="checkbox"/> e_ine spezielle Diät <input type="checkbox"/> r_heumatische Krankheiten <input type="checkbox"/> M_S-Patient <input type="checkbox"/> G_ehirnschlag <input type="checkbox"/> P_arkinson <input type="checkbox"/> S_chlaganfall <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> S_toma (Darmausgang oder Urinausleitung) <input type="checkbox"/> S_chlaflosigkeit <input type="checkbox"/> T_umor <input type="checkbox"/> P_robleme mit der Speiseröhre <input type="checkbox"/> B_luthochdruck (Hypertonie) <input type="checkbox"/> D_iabetes <input type="checkbox"/> D_iabetes Insulinpflichtig <input type="checkbox"/> L_ähmung <input type="checkbox"/> K_reislaufkrankheiten <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Herzinfarkt

**\_Inkontinenz**

\_Falls ja:  Wechseln der Windeln  Dauerkatheter  Stuhlinkontinenz

 **G\_ehbehindert**

\_Falls ja:  mit Gehstock  mit Gehhilfe  im Rollstuhl  Rollator

 Leichte **D\_emenz**  Mittelgradige **D\_emenz**  Schwere **Demenz**

\_Falls ja: DESORIENTIERUNG:  zur Zeit  zur Person  zum Ort

**K\_ommunikationsfähigkeit:**

\_vollständig erhalten

\_eingeschränkt bezüglich:  Sehen  Hören  Sprechen  Verstehen

**Pflegestufen:**

Keine

Wenn, ja welche: 1.  2.  3.

Beantragt: 1.  2.  3.

 **s\_onstige Krankheiten, bitte erläutern:****\_WEITERE INFORMATIONEN :**

\_Gewicht der zu pflegenden Person : .....

Größe der zu pflegenden Person : .....

**Nachtarbeit:**

Ist regelmäßig nächtliche Versorgung erforderlich?  Ja  Nein

Wenn ja, wie ist der Versorgungsbedarf? ca. .... mal, Dauer je ca. .... Min.

Bestehen besondere Anforderungen an die nächtliche Versorgung? Falls ja bitte erläutern:

**Vorhandene Hilfsmittel:**

- Rollstuhl                       Rollator                       Hebegurt                       Hebesitz  
 Badewannenlift               Treppenlift                       Toilettensitz                       Pflegebett  
 Sonstige:

**Angaben zum Haushalt**

- H\_aus                       Wohnung                       Flächen zum Sauber halten .....  
 S\_tadt - ca. .... Einwohner / nächste größere Stadt: .....  
 D\_orf - die nächste größere Stadt ..... km entfernt, erreichbar mit Bus/Zug  
 H\_austiere - wenn ja, welche .....

**Arbeit im Haushalt:**

- G\_rundreinigung bei Eintreffen notwendig (muss extra berechnet werden)  
 \_Kochen (für wie viel Personen?) .....                       Bügeln  
 \_Saubermachen                       Haustierversorgung  
 \_Waschen                       Leichte Gartenarbeit  
 Einkaufen                       a\_ndere (bitte auflisten):  
 .....

**Anfallende Pflichten der Betreuerin (außer typischer Haushaltstätigkeiten)**

- \_Tägliche Hilfe beim :     Waschen     Ankleiden     Nahrungsaufnahme  
 L\_eichte pflegerische Tätigkeiten :

- .....  
 A\_ktivierende Betreuung ( z.B. Gesellschaftsspiele, Unterhaltung)  
 B\_egleitung zur Kulturveranstaltungen ( Kino,  Konzerte,  Familienfeste,  andere.....)  
 T\_erminvereinbarungen mit den Ärzten; Begleitung bei Arztbesuchen  
 S\_portliche Aktivitäten (  regelmäßige Gymnastik-Übungen,  Spaziergänge,  andere.....)  
 A\_ndere Leistungen (bitte genau ausführen) :  
 .....

**..Erwartungen an die polnische Betreuerin (mit Verständigungsmöglichkeit)**

..Einsatzbeginn: ..... Vorausgesehene Einsatzdauer: .....

..Beiderseitige Kündigungsfrist: **14 Tage**

- ..Alter:  egal  22 - 30  30 - 40  40 - 50  50 - 60
- ..Geschlecht:  egal  weiblich  männlich
- ..Kräftige Person:  egal  ja, weil schwergewichtiger Patient
- Sprachkenntnisse:  ausreichend  befriedigend  gut  sehr gut
- ..Führerschein mit Fahrpraxis:  ja, wichtig  egal
- ..Referenzen, Zeugnisse:  ja, wichtig  gern gesehen  egal
- ..Nichtraucherin:  ja, wichtig  egal
- ..Tierlieb:  ja, wichtig  egal

**..Freizeit der Betreuerin (je nach Möglichkeit und Absprache):**

- ..X ein voller freier Tag monatlich (es muss ein Wochentag zwischen Montag und Freitag sein)
- .. Stundenweise tägliche Freizeit (Minimum 2-3 St./Tag sind Voraussetzung)
- ..ein volles freies Wochenende pro Monat
- U..urlaub nach Absprache bei Langzeitbetreuung

**..Einsatz anderer Pflegedienste**

- E..s wird derzeit kein Pflegedienst in Anspruch genommen.
- ..Werden außer der polnischen Betreuerin noch andere Pflegepersonen im Haushalt der pflegebedürftigen Person tätig ?
- n..ein  ja, und zwar .....
- .. Es finden bereits Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes statt
- ..Bitte geben Sie hier Anschrift und Leistungen an:
- .....
- ...
- ..Wir raten dazu, derzeitig eingesetzte hiesige Pflegedienste, soweit sie von Pflegeversicherungen entlohnt werden, auch weiterhin in Anspruch zu nehmen!**

**..LEISTUNGEN DES LEISTUNGSNEHMERS ( BEI STETS FREIER KOST UND LOGIS FÜR BETREUERIN )**

..Finanzielle Vorstellungen .....

..+ Übernahme der Fahrkosten ( einmalig bei der Anreise der Pflegekraft - 120 Euro)

**..Zusätzliche Informationen**

..Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

..Internet :  unsere Homepage  Suchmaschine (Google etc.)

E..mpfehlung durch : .....

..Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

..Datum und Ort

..Unterschrift