

Fragebogen Patienten / Betreuungskräfte

Angaben zur gewünschten Betreuungskraft und dem Patienten

Erforderliche Deutschkenntnisse

Keine erforderlich Grundkenntnisse Erweiterte Kenntnisse

Weitere Sprachen notwendig?

Wenn Ja...welche?

Geschlecht der Betreuungskraft?

Egal Weiblich Männlich

Alter ca. in Jahren?

Wie alt soll die Betreuungskraft sein

Führerschein?

Egal Ja

Raucher?

Egal Nein Nur im Freien

Weitere Personalanforderungen?

Beschreibung hinzufügen

Auszuführende Tätigkeiten?

24 Std. Rufbereitschaft Einkaufen Kochen Freizeitgestaltung
 Ausflüge Arztbegleitung Tiere füttern Hilfe bei der Körperpflege
 Haus/Wohnung reinigen

• Hausgröße qm

• Gartengröße qm

• Haustierart Rasse

• **Andere Leistungen?**

Geben Sie hier bitte an wenn Sie weitere Leistungen wünschen

Ist/wird ein Pflegedienst beauftragt?

Ja Nein

Soll zukünftig ein Pflegedienst noch kommen?

Ja Nein

Gesamtanzahl der Mitglieder im Haushalt

Braucht ein weiteres Familienmitglied Hilfe?

Ja Nein Ja pflegerische Hilfe Ja hauswirtschaftliche Hilfe Ja beides

Wohnen Angehörige im selben Haus?

Ja Nein

In der Nähe?

Ja Nein

Kommen wie oft zu Besuch?

Nachteinsätze?

Nein Gelegentlich Regelmäßig

Voraussichtliche Arbeitszeit pro Tag in Std.?

Freizeit pro Woche?

2 mal 5 St pro Woche 1 mal 10 St pro Woche nach Absprache

Verpflegung?

Mit der Familie Separat

Wann soll die Beschäftigung beginnen?

Tag / Monat / Jahr

Beschäftigungsdauer?

langfristig steht noch nicht fest unter 2 Monate

Pflegegrade?

1 2 3 4 5

Pflegegrad beantragt?

Ja Nein

Körperpflege?

mit Hilfe ohne Hilfe

An und Auskleiden?

mit Hilfe ohne Hilfe

Nahrungsaufnahme?

mit Hilfe ohne Hilfe

Aufstehen / zu Bett gehen?

mit Hilfe ohne Hilfe

Geistige Situation?

klar verwirrt dem Alter normal teilnahmslos

Beweglichkeit?

Rollstuhl kann allein laufen läuft mit Hilfe bettlägerig

Toilette?

mit Hilfe ohne Hilfe Urininkontinenz Stuhlinkontinenz Katheter

Krankheiten?

Alzheimer Parkinson Schlaganfall Schwerhörigkeit MS

Demenz

Nein Ja leicht Ja mittelmäßig Ja stark ausgeprägt

Sonstige Erkrankungen?

Fügen Sie bitte weitere Krankheiten hinzu

Vorlieben?

Vorlieben_Fernsehen_Speisen_Literatur_welche?

Der nächste Bahnhof ist?

Bitte Plz und Ort angeben

Wer holt die Betreuungsperson ab?

Name

Telefonnummer

Vorwahl Telefonnummer

Name des Leistungsempfängers?

Vorname / Nachname

Adresse des Leistungsempfängers

Hausnummer

Straße

Stadt Bundesland

Postleitzahl

Telefonnummer des Leistungsempfängers

-Vorwahl Telefonnummer

Alter

Alter in Jahren

Gewicht in Kg ca.

Größe in cm

Raucher?

Ja Nein

Wer soll Vertragspartner werden?

Kontaktperson Leistungsempfänger

Weitere Angaben

Name des Kontaktperson

Adresse des Kontaktperson

Hausnummer

Straße

Stadt Bundesland

Postleitzahl

Telefonnummer des Kontaktperson

Vorwahl Telefonnummer

Fax

Vorwahl Telefonnummer

E-Mail

Diesen Fragebogen können Sie per Fax oder auch per Post senden an:

Davi Seniorenhilfe

Holstenstr. 1
24568 Kaltenkirchen

Telef/04191-7226938

Fax/ 04622-9419969