

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

Wie alt soll die
Betreuungskraft sein? (Alter
ca. in Jahren)

Führerschein?

Egal

Ja

Raucher

Egal

Nein

Nur im
Freien

Weitere
Personalanforderungen?



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



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 Std. pro Woche 1 mal 10 Std. pro Woche nach Absprache

Verpflegung? Mit der Familie Separat

Wann soll die Beschäftigung beginnen?

TT/MM/JJJJ

Datum

Beschäftigungsdauer? Langfristig steht noch nicht fest
 unter 2 Monate

Pflegegrade? 1 2 3 4 5

Pflegegrade 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



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



Vorwahl Telefonnummer

Name des Leistungsempfängers?

Vorname

Nachname

Adresse des Leistungsempfängers

Straße und Hausnummer

Stadt

Bundesland

Postleitzahl

Land

Telefonnummer des Leistungsempfängers

Vorwahl Telefonnummer

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 Leistungsempfängers

Straße und Hausnummer

Stadt

Bundesland

Postleitzahl

Land

Telefonnummer des
Kontaktperson

Vorwahl Telefonnummer

Fax

Vorwahl Telefonnummer

E-Mail

beispiel@beispiel.de

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

Davi Seniorenhilfe

Holstenstr. 1

24568 Kaltenkirchen

Telef/04191-7226938

Fax/ 04622-941996



 PDF Vorschau

Fortfahren



Now create your own Jotform - It's free!

Create your own Jotform