



HÄUSLICHE
BETREUUNGSVERMITTLUNG

Fragebogen

1. Kontaktperson

Bevollmächtigter ?

..... ja nein

Vorname

Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

E-Mail

Telefon

Mobil

Verwandtschaftsverhältnis

Künftiger Vertragspartner

.... Kontaktperson

.... Betreuungsempfänger

2. Betreuungsbedürftige Person.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon

Mobil

Gewicht der betreuungsbedürftigen Person kg

Größe m

Gibt es eine 2. Person im Haushalt?

.... ja nein

Soll die 2. Person mitversorgt werden?

.... ja nein

3. Gesundheitszustand der zu betreuenden Person

Pflegegrad

Pflegedienst ja nein Wie häufig? x pro Tag / Woche

Aufgaben des Pflegedienstes

.....

Liegt eine Demenz vor ? ja nein Welches Stadium?

Liegt Alzheimer vor ? ja nein Welches Stadium?

Parkinson ? ja nein Welches Stadium?

Multiple Sklerose ? ja nein Welches Stadium?

Depression ? ja nein

Diabetes ? ja nein

Asthma ? ja nein

Herzinfarkt ? ja nein

Schlaganfall ? ja nein

Kreislaufstörungen ? ja nein

COPD ? ja nein

Wird ein Sauerstoffgerät

benötigt ? ja nein

Liegt ein Tumor vor ? ja nein Welches Stadium?

Künstlicher Ausgang ?	ja	nein	
PEG – Sonde ?	 ja	nein	
Ansteckende Krankheiten ?	ja	nein	
Behinderungen ?	ja	nein	Welche ?
Psychische Krankheiten ?	ja	 nein	Welche?

Ihre Bemerkungen

.....

.....

4. Betreuungsaufwand

Eingeschränktes Sprechvermögen ?	 keines	 mittleres	 starkes
Eingeschränktes Sehvermögen ?	 keines	 mittleres	 starkes
Eingeschränktes Hörvermögen ?	 keines	 mittleres	 starkes
Ankleiden/Auskleiden	 selbstständig	 benötigt lediglich Unterstützung benötigt die volle Übernahme durch die Betreuungskraft	
Trinken und Essen	selbstständig	benötigt lediglich Unterstützung benötigt die volle Übernahme durch die Betreuungskraft	
Bewegung	selbstständig	benötigt lediglich Unterstützung Rollator Rollstuhl bettlägerig	
Transfer	ja	nein	
Geistiger Zustand	klar	leichte Vergesslichkeit/Demenz fortgeschrittene Vergesslichkeit / Demenz	
Nachteinsatz	 ja	 nein	Wie häufig in der Nacht?

Ihre Bemerkungen

.....

.....

5. Körperpflege

Rasieren	 selbstständig	 benötigt lediglich Unterstützung
	 benötigt die volle Übernahme durch die Betreuungskraft	
Intimpflege	 selbstständig	 benötigt lediglich Unterstützung
	 benötigt die volle Übernahme durch die Betreuungskraft	
Fußpflege und Handpflege	 selbstständig	 benötigt lediglich Unterstützung
	 benötigt die volle Übernahme durch die Betreuungskraft	
Haare Waschen	 selbstständig	 benötigt lediglich Unterstützung
	 benötigt die volle Übernahme durch die Betreuungskraft	
Duschen / Baden	 selbstständig	 benötigt lediglich Unterstützung
	 benötigt die volle Übernahme durch die Betreuungskraft	
Mundpflege	 selbstständig	 benötigt lediglich Unterstützung
	 benötigt die volle Übernahme durch die Betreuungskraft	
Inkontinenz	kontinent	 teilweise inkontinent inkontinent

Ihre Bemerkungen

.....

.....

6. Aufgaben der Betreuungskraft im Haushalt

Wohnungs- / Hausreinigung	ja	nein
Wäsche waschen, bügeln	ja	nein
Einkäufe erledigen	ja	nein
Täglich kochen	ja	nein
Bei Arztbesuchen begleiten	ja	nein

Sonstiges

.....

.....

7. Beschreiben Sie bitte die Tagesstruktur der betreuungsbedürftigen Person

Morgens

.....

Mittags

.....

Nachmittags

.....

Abends

.....

Nachts (Beschreiben Sie bitte kurz, ob die pflegebedürftige Person voraussichtlich Hilfe in der Nacht benötigt und in welchem wahrscheinlichen Umfang)

.....

.....

8. Ihre Erwartungen an die Betreuungskraft.

Alter der Betreuungskraft

- 25 – 40 Jahre
- 40-50 Jahre
- ueber 50 Jahre
- Alter ist egal

Deutschkenntnisse

- Grundkenntnisse
- Kommunikative Deutschkenntnisse
- Gute Deutschkenntnisse
- Sehr gute Deutschkenntnisse

Geschlecht der Betreuungskraft

- weiblich
- männlich
- egal

Führerschein

- ja
- nicht nötig

Rauchen

- Nichtraucher
- Raucher
- Rauchen nur draußen
- Elektronische Zigaretten

Sonstiges

9. Ortsgegebenheiten

Die pflegebedürftige Person wohnt in:

..... einem Dorf

..... einer kleinen Stadt

..... einer grossen Stadt

Gibt es einen öffentlichen Nahverkehr?

..... ja

..... nein

Wohnsituation der pflegebedürftigen Person

..... Wohnung Welche Etage ?..... Aufzug / Treppenlift janein

..... DHH / RH

..... Freistehendes EFH

Was steht für die Pflegekraft zur Verfügung?

... eigenes Zimmer eigene Wohnung eigene Etage

... eigenes Bad eigene Toilette

... Kleiderschrank

.... eigener Fernseher eigenes Radio PKW

Sonstiges

Angehörige

..... wohnen in dem gleichen Haus

..... wohnen in der gleichen Wohnung

..... wohnen in der gleichen Stadt Entfernung ca. km

..... wohnen in einer anderen Stadt Entfernung ca. km

Wie häufig bekommt die pflegebedürftige Person Besuch ca. x pro Tag / Woche / Monat

Andere Personen im Haushalt

Sonstiges

Tiere im Haushalt

ja Welche?

nein

Soll sich die Betreuungskraft um die Tiere kümmern?

ja

nein

Wie haben Sie von uns erfahren?

Internet

Zeitung

Flyer

Empfehlung

Ort, Datum, Unterschrift