

# 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)

Fahrerlaubnis erforderlich?

Egal

Ja

Raucher/in?

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

Wohnen Angehörige im Haus?

- Ja     Nein

In der Nähe?

- Ja     Nein

Wie oft kommen sie zu Besuch?

Nachteinsätze?

- Nein     Gelegentlich     Regelmäßig

Voraussichtliche Arbeitszeit pro Tag in Std.?

Freizeit pro Woche?

- 2 x 5 Std. pro Woche     1 x 10 Std. pro Woche     Nach Absprache

Verpflegung?

- Mit der Familie     Separat

Wann soll die Beschäftigung beginnen?

Datum

Beschäftigungsdauer?

- Langfristig     Steht noch nicht fest     Unter 2 Monaten

Pflegegrad?

- 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

Betreuungsperson ab?

Name

Telefonnummer

Name des Leistungsempfängers

Vorname, Nachname

Adresse des Leistungsempfängers

Straße und Hausnummer

Stadt

Bundesland

Postleitzahl

Land

Telefonnummer des Leistungsempfängers

Alter in Jahren

Gewicht in Kg

Größe in cm

Raucher?

Ja

Nein

Wer soll Vertragspartner werden?

Kontaktperson

Leistungsempfänger

Weitere Angaben

Name der Kontaktperson

Adresse des Leistungsempfängers

Straße und Hausnummer

Stadt

Bundesland

Postleitzahl

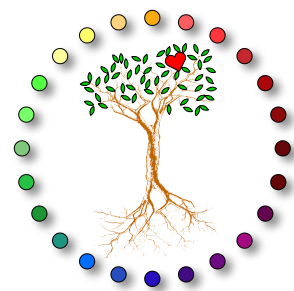
Land

Telefonnummer der Kontaktperson

FAX

E-Mail

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen per E-Mail, Post oder Fax an:



**DAVI-Seniorenhilfe**

Holstenstraße 1  
24568 Kaltenkichen

<mailto:davi-seniorenhilfe@t-online.de>

FAX: 04191/957631