

Fragebogen zur Betreuungssituation



Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus.

Falls per Hand, bitten wir Sie zu berücksichtigen, dass eine deutliche und gut lesbare Schrift unserem ausländischen Kooperationspartner die Verarbeitung Ihrer Angaben erleichtert.

Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und nur an unsere Partnerunternehmen, welche direkt in diesen Vermittlungsprozess involviert sind, weitergegeben. Und dies auch nur in so weit, als es zur Erbringung der von Ihnen gewünschten Dienstleistung erforderlich ist.

1. Ihre Wünsche bezüglich der Betreuungskraft

- Frau Mann egal Alter von bis
- Nichtraucher egal kann draußen rauchen
- Führerschein

Weitere Wünsche:

Wünschen Sie einen Einsatz über Weihnachten, Ostern? ja nein
Falls „ja“ wird ein doppelter Tagessatz berechnet.

Über welche Deutschsprachkenntnisse soll die Pflegehilfe/Betreuungskraft verfügen?

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Erweiterte Grundkenntnisse
(verstehen ausreichen; sprechen nicht grammatisch) | <input type="checkbox"/> SILVER |
| Gute Deutschkenntnisse
(verstehen gut; einfache Unterhaltung möglich) | <input type="checkbox"/> GOLD |
| Sehr gute Deutschkenntnisse
(verstehen alles; umfassende Kommunikation uneingeschränkt möglich) | <input type="checkbox"/> PREMIUM |

Ab wann soll die Betreuung stattfinden? _____

2. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Geschlecht Frau Mann

PLZ Ort

Geburtsdatum

Gewicht (kg) Größe (cm)

Raucher/in Nichtraucher/in

Pflegegrad kein 1 2 3 (mit Demenz)

3 4 (mit Demenz) 4 5

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? ja nein

Wie oft?

Falls ja, bitte die ausgeführten Leistungen beschreiben

Soll der Pflegedienst weiterkommen? ja nein

Gesundheitsmerkmale:

- | | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Lähmung |
| <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Druckgeschwür | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Inkontinenz leicht | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Inkontinenz fortgeschritten | <input type="checkbox"/> MS-Patient |
| <input type="checkbox"/> Demenz leicht | <input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Demenz fortgeschritten | <input type="checkbox"/> Künstliche Ernährung (PEG Sonde) | <input type="checkbox"/> Tumor |

Sonstige Krankheiten, bitte beschreiben:

Kommunikation möglich?

Sprache gut schlecht
Hörvermögen gut schlecht
Sehkraft gut schlecht

Orientierung vorhanden?

ja zeitweise keine

Mobilität:

- selbständig
 bettlägerig

- überwiegend im Rollstuhl
 mit Unterstützung

Transfer Bett / Rollstuhl:

- selbständig
 hilft mit (kann stehen)
 komplett hilfsbedürftig

Treppensteigen:

- selbständig
 mit Unterstützung
 nicht möglich

Hilfsmittel in der Wohnung/Haus:

- Rollstuhl
 Rollator
 Toilettenstuhl
 Krankenbett
 Badewanne-Lift
 Treppenlift

Urinkontrolle:

- Kontinent
 Inkontinent leicht
 Inkontinent fortgeschritten
 Windeln
 Katheter

Stuhlkontrolle:

- Kontinent
 Inkontinent leicht
 Inkontinent fortgeschritten
 chronische Durchfälle

Braucht die betreuungsbedürftige Person Hilfestellung in der Nacht? (22:00 -6:00 Uhr)

- ja
 nein

Falls ja, wie oft? Bitte beschreiben:**Betreuung / Hilfestellung bei:**

- An- und Auskleiden
 Körperpflege
 Essen/Trinken
 Windeln wechseln
 Spazierengehen
 Baden/Duschen
 kochen
 Einkaufen
 Wäschepflege
 Wohnungsreinigung
 Fenster putzen
 Balkonpflanzen pflegen

Ausdrücklich ausgenommen von den Leistungen sind Garten- oder Feldarbeiten, medizinische Dienstleistungen und professionelle pflegerische Tätigkeiten der Behandlungspflege, die eine Fachausbildung erfordern, wie zum Beispiel Injektionen oder Verbandwechsel.

Diät:

- keine
 ja

Wenn ja, welche?

Sonstige Wünsche:

3. Rahmenbedingungen

Lage:

- Großstadt zentral Großstadt abgelegen Kleinstadt Dorf Ländlich

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß:

- ca. 10min. ca. 20min. länger Wie lange?

Wohnsituation:

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Haustiere?

Wenn ja, welche Haustiere?

ja

nein

4. Unterkunft der Betreuungskraft

- eigenes Zimmer (abschließbar mit Fenster; kein Durchgangszimmer) eigenes Bad
- Badmitbenutzung eigenes Fernsehen
- Radio Internet

5. Wie wird der Freizeitausgleich geregelt?

Variante A

- 2-3 Stunden. pro Tag

Variante B

- 1x1 Tag in der Woche

Variante C

- 2x1/2 Tag in der Woche

6. Leistungen des Auftraggebers

Die vom Auftraggeber monatlich zu erbringenden und vertraglich vereinbarten Kosten beinhalten die Betreuungspflegekosten(*). Ebenso hat der Auftraggeber für freie Kost und Logis der Betreuungskraft Sorge zu tragen.

(*) Die Betreuungspflegekosten gelten für die **Betreuung einer Person** und sind u.a. davon abhängig, welche Tätigkeiten tagsüber zu erledigen sind, ob nächtliche Hilfestellungen erforderlich sind und welche **Sprach- und Pflegekenntnisse** von der Betreuungskraft erwartet werden.

KONTAKTDATEN

Kontaktperson für PRODIGNITAS24

Vorname	
Name	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon	
Fax	
Email	
Verhältnis zur pflegebedürftigen Person	

Patient

Vorname	
Name	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon	

Wer ist der Auftraggeber?

die zu betreuende Person

Ansprechpartner

Wer ist der Rechnungsempfänger?

die zu betreuende Person

Ansprechpartner

Der nächste größere Bahnhof / Busbahnhof ist in:

Leben weitere Personen im Haushalt der betreuungsbedürftigen Person?

ja

nein

Falls ja:

Name	
Alter	
Verhältnis zur pflegebedürftigen Person	

Soll die Haushaltsführung auch für diese im Haushalt lebende, **nicht pflegebedürftige**, Person übernommen werden?

ja

nein

Falls eine **zweite**, im Haushalt lebende **pflegebedürftige** Person betreut / unterstützt werden soll, bitten wir Sie den **zweiten Fragebogen** auszufüllen.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung

- Arzt
- Pflegekasse
- Krankenhaus
- Ambulanter Pflegedienst
- Reha Einrichtung
- Heilpraktiker
- Physiotherapeut
- Privatperson

Presse Anzeige

- FAZ
- Die Zeit
- Der Spiegel
- Stern
- Natur & Heilen
- Naturarzt
- Christengemeinschaft
- Info3
- Die Welle
- Schrot & Korn

Internet

- Google Anzeige
- Pflegeportale
- sonstige

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind.
Darüber hinaus bestätigen Sie uns mit Ihrer Unterschrift, dass Sie das Einverständnis der weiteren Personen haben, deren persönliche Daten Sie ebenfalls im Formular angegeben haben.

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Das ausgefüllte Formular können Sie uns auf folgenden Wegen zukommen lassen:

Post

ProDignitas24
Schloßgasse 11
84082 Laberweinting

Fax

08772 / 8038557

Email

info@prodignitas24.de

ProDignitas24

Schloßgasse 11
84082 Laberweinting
Tel. 08772 8038556
Fax: 08772 8038557

www.prodignitas24.de
info@prodignitas24.de

Geschäftsführerin: Mag. Dipl.-Inf. (TU) Dorota Lenc
USt.-ID-Nr.: DE290247613