



Assistenza Personaldienst
Wilhelm Bockelmann Straße 22
29633 Munster

info@24h-Pflege.info
Tel.: (+ 49) 05192 - 509364

Fragebogen Pflege- und Haushaltshilfen

Wir bemühen uns sehr, die richtige Betreuungskraft zu finden. Helfen Sie uns dabei mit diesem Fragebogen. Bitte ausdrucken und per Post oder eMail ausgefüllt zurücksenden. Ihre Daten werden in unserer Datenbank abgelegt. Ihre Daten werden nicht über die im Rahmen der Vermittlungstätigkeit hinaus verwendet oder Dritten Einsicht gewährt.

Kontaktperson:

Name:
Vorname:
Straße:
PLZ, Ort:
Telefon:
Fax:
E-Mail:
am Besten erreichbar (*Tageszeit*):

Zu betreuende Person/en:

1. Person

alleinstehend ja/ nein

Ehepaar ja/ nein

Name:

Vorname:

Alter: Geburtsdatum:

Anschrift:

Pflegestufe 1. Person:

Härtefall: ja/ nein

Pflegeversicherung: privat/ gesetzlich

2. Person

alleinstehend ja/ nein

Ehepaar ja/ nein

Name:

Vorname:

Alter: Geburtsdatum:

Anschrift:

Pflegestufe 2. Person:

Härtefall: ja/ nein

Pflegeversicherung: privat/gesetzlich

(bei weiteren Personen verwenden Sie bitte mehrere Fragebögen)

Krankheiten/ Diagnosen:

.....
.....
.....

Allergien:
Gewicht:

Raucher: ja/ nein

Beliebte Beschäftigungen:

.....
.....
.....

(z. B. Spaziergehen, Lesen, Gesellschaftsspiele, Kreuzworträtsel)

Besonderheiten im Umgang:

.....
.....

(fröhlich, schwierig, unzufrieden, ablehnend)

Einschränkungen:

.....
.....

(z. B. körperliche Behinderung, Lähmungen, schwerhörig, eingeschränkte Sehfunktion)

Kommunikation möglich?
(Gut/ingeschränkt/nicht möglich)

Sind Hilfsmittel vorhanden?

Ja,
(z.B. Rollator, Rollstuhl, Unterarmgehstützen)

Kreuzen Sie an, ob folgendes ohne Hilfe/ mit Anleitung/ Teilhilfe/ selbstständig möglich ist:

- Aufstehen/ Zu Bett gehen ohne Hilfe/ mit Anleitung/ Teilhilfe/ selbstständig
- An-Auskleiden ohne Hilfe/ mit Anleitung/ Teilhilfe/ selbstständig
- Nahrung aufnehmen ohne Hilfe/ mit Anleitung/ Teilhilfe/ selbstständig
- Gehen/ Stehen ohne Hilfe/ mit Anleitung/ Teilhilfe/ selbstständig
- Körperpflege ohne Hilfe/ mit Anleitung/ Teilhilfe/ selbstständig
- Ausscheidung/ Toilettengang ohne Hilfe/ mit Anleitung/ Teilhilfe/ selbstständig

Ergänzungen:

.....
.....
.....

(z. B. speziell Hilfe bei Treppensteigen)

Weitere Informationen:

Weitere Versorgung durch einen **ambulanten Pflegedienst** ? ja/ nein
Wenn Ja, Versorgung welcher Art ?

.....
.....
.....

Regelmäßige nächtliche Einsätze ? ja/ nein
Wenn Ja, welcher Art und wie häufig ?

.....
.....
.....

Einsatzbeginn:

Vorraussichtlicher Einsatzbeginn:

Vorraussichtliche Dauer des Einsatzes?

- ungewiss
- 1 Monat
- bis 3 Monate
- länger als 3 Monate

Anforderungen Pflegepersonal:

- männlich / weiblich
- Alter von bis
- Raucher: ja/ nein
- Hauswirtschaftskraft ja/ nein
- Pflegehilfskraft ja/ nein
- examinierte Fachkraft ja/ nein

Folgende **hauswirtschaftliche** Tätigkeiten sollen übernommen werden:

- Hausreinigung: ja/ nein
- Einkäufe: ja/ nein
- Kochen : ja/ nein
- Wäschepflege: ja/ nein
- Gartenarbeit: ja (*falls ja: wie gross ist der Garten ?*)/ nein
- Haustierpflege: ja (*falls ja, welches*)/ nein
- Spazieren gehen: ja/ nein
- Arztbegleitung/Behördengänge: ja/ nein

- Bevorzugen Sie eine bestimmte Nationalität ?

- Gewünschte Sprachkenntnisse:

- Sehr gut
- Befriedigend
- egal

- Führerschein erforderlich: ja/ nein

- Sonstige Anforderungen:

.....

(z.B. *kräftig (körperliche Belastbarkeit), psychisch belastbar, spezielle Kochkenntnisse, gewünschte Hobbys, etc.*)

- Ergänzende Fragen:

.....

.....

.....

.....

- Unterkunft vorhanden ? ja/ nein

· Wird sie kostenlos gestellt ? ja/ nein

· Wenn nein: Kosten pro Monat ?

· Befindet sich die Unterkunft im Haus der zu betreuenden Person ? ja/nein

· Badmitbenutzung/eigenes Bad ?

· Bei externer Unterkunft: Beschaffenheit/Entfernung ?

.....

.....

- Verpflegung möglich ?

· Wird sie kostenlos gestellt ja/ nein

· Wenn nein: Kosten pro Monat

- Sonstiges:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

erfasst am: _____

von: _____

Datum/ Unterschrift