



24hPflege
Gartenstrasse 21
59555 Lippstadt
info@24hPflege.info
Tel. (+49) 02941 - 270 679
Fax. (+49) 02941 - 284 0708

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, Fax 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. Spazierengehen, 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:
Voraussichtliche 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

