

1. Auftraggeber

Name: Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon: Fax:

E-Mail:

Die betreuungsbedürftige Person

Name: Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon:

Geburtsdatum: Größe: cm Gewicht: kg

Interessen, Hobbys:

Verhältnis zum Auftraggeber:

Pflegegrad

Keiner beantragt Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Folgende Beschwerden liegen vor

beginnende Demenz	<input type="checkbox"/>	Altersschwäche	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>	Dekubitus	<input type="checkbox"/>
Demenz	<input type="checkbox"/>	Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	Stoma	<input type="checkbox"/>

Sonstige

Mobilität

voll mobil kaum eingeschränkt stark eingeschränkt voll eingeschränkt

Rollator Rollstuhl Gehhilfe/ Stock Toilettenstuhl Badewannenlift

Sonstige

Körperlicher Zustand

gut leidlich schlecht sehr schlecht

Geistiger Zustand

klar apathisch teilnahmslos verwirrt

Toilette

selbständig mit Hilfe teilinkontinent vollinkontinent

Ist regelmäßige Nachtarbeit notwendig? ja nein

Wenn ja – bitte genauer beschreiben

Ist ein ortsansässiger Pflegedienst beauftragt: ja nein

Wenn ja - soll der Pflegedienst weiterhin kommen: ja nein

Wenn ja - wie oft soll der Pflegedienst kommen

1 Mal täglich 2 Mal täglich 3 Mal täglich öfter

Name des Pflegedienstes?

Ist die betreuungsbedürftige Person allein stehend: ja nein

Wenn nein - wer lebt noch im selben Haushalt

Soll eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden oder soll für die weitere Person der Haushalt gemacht werden?

Haushalt Betreuung

2. Die zweite betreuungsbedürftige Person

(entfällt bei nur einer betreuungsbedürftigen Person, überspringen Sie zu Punkt 3)

Name: Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon:

Geburtsdatum: Größe: cm Gewicht: kg

Interessen, Hobbys:

Verhältnis zum Auftraggeber:

Pflegegrad

Keiner beantragt Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Folgende Beschwerden liegen vor

beginnende Demenz <input type="checkbox"/>	Altersschwäche <input type="checkbox"/>	Schlaganfall <input type="checkbox"/>	Parkinson <input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauferkrankung <input type="checkbox"/>	Osteoporose <input type="checkbox"/>	Depressionen <input type="checkbox"/>	Dekubitus <input type="checkbox"/>
Demenz <input type="checkbox"/>	Alzheimer <input type="checkbox"/>	Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
Tumor <input type="checkbox"/>	Rheuma <input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose <input type="checkbox"/>	Stoma <input type="checkbox"/>

Sonstige

Mobilität

voll mobil kaum eingeschränkt stark eingeschränkt voll eingeschränkt
Rollator Rollstuhl Gehhilfe/ Stock Toilettenstuhl Badewannenlift

Sonstige

Körperlicher Zustand

gut leidlich schlecht sehr schlecht

Geistiger Zustand

klar apathisch teilnahmslos verwirrt

Toilette

selbständig mit Hilfe teilinkontinent vollinkontinent

Ist regelmäßige Nachtarbeit notwendig? ja nein

Wenn ja – bitte genauer beschreiben

Ist ein ortsansässiger Pflegedienst beauftragt: ja nein

Wenn ja - soll der Pflegedienst weiterhin kommen: ja nein

Wenn ja - wie oft soll der Pflegedienst kommen

1 Mal täglich 2 Mal täglich 3 Mal täglich öfter

Name des Pflegedienstes?

3. Wünsche gegenüber der Betreuungskraft:

Gewünschte Leistungen (z.B. Hilfe beim Ankleiden, Körperpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Nacharbeit, etc.):

Welche Qualifikation soll die Haushaltshilfe/ Betreuerin mitbringen:

- ab 1.850 € brutto geringe und schwache Deutschkenntnisse; Berufserfahrung
- ab 2.000 € brutto kommunikatives Deutsch; mehrjährige Berufserfahrung
- ab 2.150 € brutto gute Deutschkenntnisse; mehrjährige Berufserfahrung

Bitte geben Sie hier weitere Details an, die für die Betreuung von Bedeutung sein können oder spezielle Wünsche an die Qualifikation und Eigenschaften der Betreuerin (z.B. Geschlecht, Alter, Nichtraucher, etc.):

Betreuungsdauer:

- langfristig (1 Jahr) 6 Monate steht noch nicht fest

Ab wann soll die Betreuung stattfinden:

Der nächste größere Busbahnhof/ Bahnhof ist in:

Wer holt die Betreuerin ab (Name, Telefon):

Beschreibung der Unterkunft (Lage, Größe, Ausstattung, Internetzugang, Flatrate in die EU-Länder, etc.):

Wie wird die Verpflegung gehandhabt (mit der Familie, Selbstverpflegung, Häufigkeit, etc.)?

Wie wird der Freizeitausgleich geregelt (z.B. 1-2 Tage/Woche frei, Stunden/Tag o.ä.)?

Haben Sie schon Erfahrung mit ausländischen Haushaltshilfen/ Pflegekräften/ Betreuerinnen?

Weitere für die Betreuung wichtige Informationen:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet Prospekt Presse/ TV
Krankenhaus/ Reha-Einrichtung
Pflegeberatung/ Sozialstation
Pflegedienst/ Arzt
Bekannte/ Verwandte/ Nachbarn

Um Ihnen ein unverbindliches, auf Ihren Bedarf passendes Angebot erstellen zu können, bitten wir Sie den Fragebogen möglichst genau auszufüllen.

Durch Zusendung Ihres Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Daten zur Erfüllung Ihres Auftrages an ausgewählte Partnerfirmen von Pflegekraft24 weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift