Anlage 1

AGENTUR FÜR VERMITTLUNG VON PFLEGE- UND BETREUUNGSKRÄFTEN

RundumPflege24
Münchäckerweg 46/48
D-69168 Wiesloch

Fragebogen zur Feststellung des Betreuungsbedarfs für

Name | Vorname

Geburtsdatum | Geburtsort

Straße | Nr.

PLZ | Wohnort

Kundennummer:

Für jede weitere Person, die betreut werden soll, ist ein gesonderter Fragebogen auszufüllen.

1. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

a. Gesundheitliche Gegebenheiten / Einschränkungen

	gut	schlecht	variiert	benutzte Hilfsmittel/Bemerkungen
Sehen	☐	☐	☐	
Sprache	☐	☐	☐	
Hören	☐	☐	☐	
Mobilität	☐	☐	☐	
Geistige Fitness	☐	☐	☐	
Orientierung	☐	☐	☐	
Nahrungsaufnahme	☐	☐	☐	

---

b. Vorliegende Erkrankungen

☐ Allergien *
☐ Herzinfarkt
☐ Magen-/Darmerkrankung
☐ Rheuma
☐ Herz-/ Kreislauf
☐ Darm- od. Urinausleitung
☐ Diabetes
☐ Osteoporose
☐ Katheter ☐ Stoma
☐ Krebserkrankung *
☐ Multiple Sklerose
☐ Ernährungssonde
☐ Schlaganfall
☐ Querschnittlähmung
☐ Dekubitus
☐ Bluthochdruck
☐ Sonstige Lähmung *
☐ Inkontinenz / Windelwechsel
☐ Demenz
☐ leichte ☐ mittlere ☐ schwere ☐ aggressiv
☐ Parkinson *
☐ Alzheimer
☐ Weiteres unter Bemerkungen

* Alle in dieser Form gekennzeichneten Erkrankungen nachfolgend bei Bemerkungen näher erläutern

c. Weitere Angaben

Körpergewicht: ☐ kg Größe: ☐ cm

Hobbys / Interessen / Vorlieben / Sonstiges / Bemerkungen (in Kurzform)

2. Hilfsmittel / Nachtbetreuung / Ambulanter Pflegedienst / Pflegeversicherung

a. Vorhandene Hilfsmittel

☐ Rollator	☐ Rollstuhl	☐ Krücken	☐ Spez. Toilettensitz
☐ Badewannenlift	☐ Hebesitz	☐ Hebegurt	☐ Treppenlift
☐ Bettlift	☐ Pflegebett	☐ Nachtstuhl	☐ Aufstehhilfe

Weiteres:

b. Nachtbetreuung

Ist eine regelmäßige Nachtbetreuung durchzuführen? ☐

(Nur **Ja** bei intensiver Betreuung nachts / bei gelegentl. Toilettengängen oder kurzzeitiger Unruhe **Nein**)

Wenn ja, bitte hier näher erläutern:

c. Ambulanter Pflegedienst

Wird momentan ein Pflegedienst in Anspruch genommen? ☐

Was wird vom Pflegedienst ausgeführt?

d. Pflegeversicherung

Liegt bereits eine Pflegeeinstufung vor? ☐ Wenn „Ja“, welcher Pflegegrad? ☐

3. Gewünschter Betreuungsumfang

Hier können Sie die aus Ihrer Sicht erforderlichen und zu erbringenden Leistungen der Betreuungskraft auflisten, wobei die Aufzählung keinen Anspruch auf abschließende Vollständigkeit erhebt, sondern jederzeit erweitert werden kann (Situationsanpassung). **Sie muss jedoch den momentanen Erfordernissen entsprechen.**

a. Eventuelle / erforderliche Unterstützungen:

☐ Aufstehen und Zubettgehe ☐ An- und Auskleiden ☐ Nahrungsaufnahme ☐ Essen kleinschneiden ☐ Füttern

☐ Laufen sicher ☐ Unsicher ☐ Läuft am Rollator alleine ☐ Läuft mit Unterstützung ☐ Kann nicht laufen

☐ Tägl. Grundpflege/Körperpflege ☐ Toilettengang ☐ Inkontinenzpflege ☐ Windelwechsel

☐ bettlägerig ☐ Waschen im Bett

Transfer Bett / Rollstuhl / Toilettenstuhl ☐ Ja ☐ Nein

Hilft betreute Person beim Transfer mit ☐ Ja ☐ Nein

b. Unterstützung oder Übernahme von:

Essen zubereiten

☐ Frühstück ☐ Mittagessen ☐ Abendessen ☐ Zwischenmahlzeiten

Für wie viel Personen soll die Betreuungskraft kochen? ☐ Person/-en (außer Betreuungskraft)

Wohnung

☐ Wäsche waschen ☐ Betten ab- u beziehen ☐ Bügeln ☐ Geschirrabwasch

☐ Staub wischen ☐ Boden putzen / wischen ☐ Wohnung durchsaugen ☐ Fenster Reinigen

☐ Gardinen waschen ☐ Badreinigung ☐ Treppenhaus reinigen

Andere Verrichtungen

☐ Abfallentsorgung ☐ Pflanzpflege ☐ Gartenarbeit leicht, wie ☐ Gießen ☐ Hauszugang kehren

☐ Haustiere versorgen ☐ Hund ☐ Katze ☐ Sonstige

☐ Einkäufe tätigen ☐ Kleineinkäufe ☐ Gemeinsames Einkaufen mit betreuter Person

Bewegungsanimation

☐ Spaziergänge ☐ Kleinere Ausflüge

☐ Mobilisierende Maßnahmen (nur nach Anleitung von Arzt und Physiotherapeut und wenn Betreuungskraft dies kann)

Unterhaltung / Soziale Kontakte pflegen

☐ Konversation führen ☐ Bekannte /Verwandte besuchen ☐ Spiele / Karten spielenn

Weiteres: ☐

☐

4. Angaben zu den Wohnverhältnissen der betreuungsbedürftigen Person

a. Wohnlage

☐ Dorf ☐ Kleinstadt ☐ Großstadt ☐ zentral ☐ Randgebiet ☐ abgelegen

b. ☐ **Einfamilienhaus** **c.** ☐ **Mehrfamilienhaus (Wohnung)**

	Wo wohnt die Person (EG/OG)	
	Bad befindet sich im EG/OG	
	Gemeinsame Badbenutzung / sep. Bad	
	Größe der Wohnung / des Hauses (qm)	
	Anzahl Zimmer	
	Sep. Zimmer für die Betreuerin	
	Größe des Zimmers (qm)	
	Telefonbenutzung	
	Internetnutzung	

d. Die zu betreuende Person wohnt (alleine / mit Partner / mit Familie) ☐ ☐ Besuch durch Familie tägl./wöchentl./monatl.

5. Welche Eigenschaften sollte Ihre Wunsch-Betreuungskraft besitzen?

Geschlecht	☐ weiblich		☐ männlich	☐ irrelevant
Gewünschtes Alter	☐ 25-35	☐ 35-50	☐ 50-65	☐ irrelevant
Sprachkenntnisse	☐ Gut	☐ kommunikativ	☐ kommun. Grundkenntnisse	☐ Grundkenntnisse
Genussverhalten	☐ Raucher/-in		☐ Nichtraucher/-in	☐ irrelevant
Qualifikation	☐ Krankenschwester	☐ Altenpflegerin	☐ Pflegehilfskraft	☐ irrelevant

Führerschein erforderlich? ☐ Pkw vorhanden? ☐ Kann Betreuerin das Fahrzeug benutzen? ☐

Automatik / Schaltung? ☐

Wir empfehlen, bei schwergewichtigen Personen eine kräftige Betreuerin zu ordern, da es ansonsten in Teilbereichen zu Problemen und Betreuungsdefiziten kommen kann.

6. Wann soll die Betreuerin bei Ihnen mit der Betreuung beginnen?

schnellstens ☐ spätestens bis ☐ am ☐

7. Angaben zu Eigenheiten / Verhaltensweisen der zu betreuenden Person

(z.B. ruhig / umgänglich / bestimmend / hektisch/ agressiv / etc.):

Beschreibung in Kurzform:

8. Erklärung des Kunden / Angehörigen

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle von mir auf den Seiten 1 – 4 des *Fragebogen zur Ermittlung des Pflege- und Betreuungsbedarfs* gemachten Angaben vollständig, wie auch zutreffend sind und den momentanen Gegebenheiten entsprechen.

Mir ist bekannt, dass dieser Fragebogen später Bestandteil des mit dem polnischen Auftragnehmer zu schließenden Dienstleistungsvertrags ist und RundumPflege24 nur Vermittlerstatus besitzt.

Sowohl der polnische Dienstleister, als auch RundumPflege24 zeichnen nicht verantwortlich, wenn vereinbarte Leistungen aufgrund unrichtiger und/oder unterlassener Angaben nicht erbracht werden können.

Ort , Datum

Name , Vorname

Unterschrift