

## 1. Allgemeine Angaben

Beginn der Leistung:

Ende der Leistung:

### Angaben zur Kontaktperson

Name:

Vorname:

Straße:

Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Postfach:

Telefonnummer:

Handy - Nr.:

E-Mail- Adresse:

Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson:

### Angaben zur hilfsbedürftigen Person

Name:

Vorname:

Straße:

Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Postfach:

Telefonnummer:

Handy - Nr.:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Wohnt der Patient alleine?

ja

nein

Wenn nein:

Name:

Vorname:

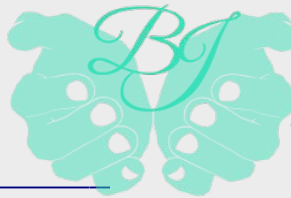
Geburtsdatum:

Verwandtschaftsgrad:

Pflegebedürftigkeit:

ja

nein



**Diagnosen:**

Herzinfarkt	Asthma	Multiple Sklerose	Diabetes
Schlaganfall	Dekubitus	Depression	Diabetes insulinpflichtig
Herzrhythmusstörung	Osteoporose	Parkinson	Allergien
Herzinsuffizienz	Rheuma	Alzheimer	Chronische Durchfälle
Hypertonie	Stoma	Demenz	Tumor
Altersbedingte Gehschwäche	Inkontinenz	Beginnende Demenz	
Sonstige:			

**Pflegestufen:**

Keine:

Wenn ja, welche: 1. 2. 3.

Beantragt: 1. 2. 3.

**Pflegedienst:**

Versorgung erfolgt durch Pflegedienst: ja nein

Wie oft täglich:

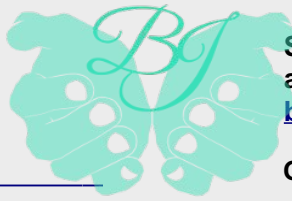
Welche Tätigkeiten

erbringt der Pflegedienst:

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden: ja nein

**Kommunikationsprobleme:**

Sprache:	keine	mäßige	massive Probleme
Hörvermögen:	keine	mäßige	massive Probleme
Sehkraft:	keine	mäßige	massive Probleme
Hörgerät:	ja	nein	
Brille:	ja	nein	



**Orientierungsprobleme:**

Zeitliche:	keine	zeitweise	massive Probleme
Örtliche:	keine	zeitweise	massive Probleme
Persönliche:	keine	zeitweise	massive Probleme

**Bewegung:**

selbstständig	mit Unterstützung	überwiegend im Rollstuhl	bettlägerig
Hilfsmittel:			

**Treppensteigen:**

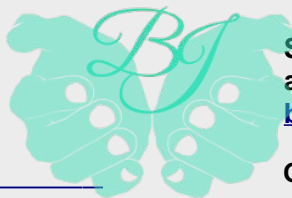
selbstständig	mit Unterstützung	nicht möglich
Hilfsmittel:		

**Transfer Bett / Rollstuhl:**

selbstständig	hilft mit	komplett hilfsbedürftig	bettlägerig / kein Transfer	
Hilfsmittel:				
Pflegebett	Rollstuhl	Lift	Rollator	Dekubitusmatratze

**Baden / Duschen:**

selbstständig	braucht Hilfe	komplett hilfsbedürftig
Badewannenlift	Duschstuhl / Hocker	Körperpflege im Bett
Sonstige:		



**Körperpflege:**

Körperpflege	selbstständig	teilw. selbstst.	unter Anleitung	kompl. Unterstützung
Gesicht:				
Mundpflege / Zahnprothese:				
Oberkörper:				
Gesäß / Beine:				
Intimpflege:				
Haare kämmen / waschen:				
Rasieren:				
Handpflege:				
Fußpflege:				

**Urinkontrolle:**

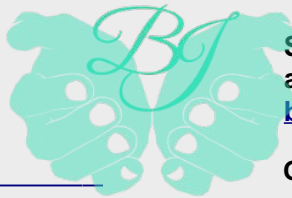
kontinent	teilweise inkontinent (z. B. nachts)	inkontinent
Windeln	Vorlagen	Urinflasche
Katheter	suprapubischer Katheter	

**Stuhlkontrolle:**

kontinent	teilweise inkontinent (z. B. nachts)	inkontinent
Hilfsmittel:		

**An- / Auskleiden:**

selbstständig	braucht Hilfe	komplett hilfsbedürftig
---------------	---------------	-------------------------



**Essen / Trinken:**

selbstständig      braucht Hilfe (z. B. beim Schneiden)      komplett hilfsbedürftig

**Kau- und Schluckstörungen:**

keine      Störungen      PEG-Sonde  
Nahrungskarenz      Trinkkarenz

**Diät:**

keine      wenn ja, welche:

**Ein- / Durchschlafen:**

keine Probleme      sporadische Störungen

**Wie oft steht der Patient jede Nacht auf:**

Schlaf-Wach-Rhythmus gestört

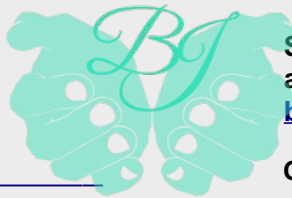
1-mal      2-bis 3-mal      mehr als 3-mal

Bekommt Schlafmittel:      ja      nein

**Aktuelle Therapien:**

keine      Krankengymnastik      Logopädie      Sonstige:

Wie ist der Patient vom Wesen und Charakter her? (Kurze Beschreibung)



## 2. Anforderungen an das Personal

Geschlecht:                      Frau                      Mann                      keine Präferenz

Alter (in Jahren):              20-30                      30-40                      40-50                      älter als 50                      egal

### Zusätzliche Aufgaben:

Haustiere:              keine                      Wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden:                      Ja                      nach Bedarf                      nein

### Einkäufe / Kochen / Essensvorbereitung:

immer                      ab und zu                      nein

Bemerkungen:

Lieblingslebensmittel und -getränke:

### Waschen:

immer                      ab und zu                      nein

### Bügeln:

immer                      ab und zu                      nein

### Begleitung bei Arztbesuchen:

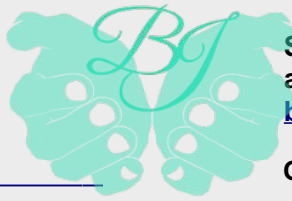
immer                      ab und zu                      nein

### Gibt es eine Haushaltshilfe:

nein                      wenn ja, wie oft kommt diese zum Einsatz:

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt:

24 Betreuung Vermittlung  
Barbara Jakubowska  
[barja9@gmail.com](mailto:barja9@gmail.com)



Sie können das Formular mit dem Computer  
ausfüllen und als E-Mail senden an:  
[barja9@gmail.com](mailto:barja9@gmail.com)

01793116943

[24betreuung-vermittlung.de](http://24betreuung-vermittlung.de)

Obligatorische Felder sind mit Rot umrandet.

Führerschein:                    ja                    nein

Welche Erwartungen und Vorstellungen haben Sie an unsere Betreuerin / Betreuer?

### 3. Rahmenbedingungen Wohnungslage:

Großstadt, Mitte            Großstadt, Periferie            Kleinstadt  
Dorf                            Ländlich

#### Wohnsituation:

Einfamilienhaus            Mehrfamilienhaus            Wohnung            Sonstige:

Raucher - Haushalt            nein                            ja

#### Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuss):

ca. 10 min.            20 min.            ca. 40 min.            1 Stunde            länger als 1 Stunde

Bemerkungen:

#### Ausstattung des Zimmers für die Betreuerin / den Betreuer:

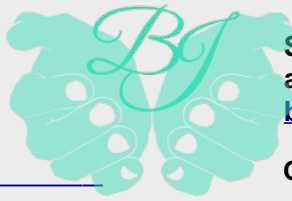
eigenes Bad                    Bett                            Tisch                    Schrank  
Radio                            TV                            Internetzugang / WLAN

Bemerkungen:





24 Betreuung Vermittlung  
Barbara Jakubowska  
[barja9@gmail.com](mailto:barja9@gmail.com)



Sie können das Formular mit dem Computer  
ausfüllen und als E-Mail senden an:  
[barja9@gmail.com](mailto:barja9@gmail.com)

01793116943  

---

24betreuung-vermittlung.de

Obligatorische Felder sind mit Rot umrandet.

Kontaktperson:

Tel.:

---

Ort

Datum

Unterschrift

**Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäss und vollständig sind.**

**Dieser Fragebogen bildet die Unterlage zum Angebot und Vertrag.**