



# Fragebogen

Sie suchen eine Pflege-, Betreuungs- bzw. Hilfskraft für Ihren Haushalt? Gerne helfe ich Ihnen bei Ihrer Suche. Durch die Informationen, die Sie mir in diesem Fragebogen geben, kann ich Ihnen eine, auf Ihre persönlichen Bedürfnisse abgestimmte Person vermitteln.

## Kontaktperson / Auftraggeber

<b>Ansprechpartner:</b>		
<b>Anschrift:</b>	Ansprechpartner:	Einsatzort:
<b>Telefon Festnetz:</b>	Ansprechpartner:	Einsatzort:
<b>Mobil:</b>		
<b>eMail:</b>		

## Pflegebedürftige Person(en)

	Patient 1:				Patient 2:			
<b>Name des Patienten?</b>								
<b>Welche Pflegestufe hat die Person?</b>	<input type="checkbox"/> P1	<input type="checkbox"/> P2	<input type="checkbox"/> P3	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> P1	<input type="checkbox"/> P2	<input type="checkbox"/> P3	<input type="checkbox"/> Demenz
<b>Geburtsdatum?</b>								
<b>Ist die Person bettlägrig?</b>	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Was hat sie / er für Krankheit/en?</b>	Beschreibung:				Beschreibung:			



<b>Was gibt es diesbezüglich bei der Pflege zu beachten?</b>	Beschreibung:	Beschreibung:
<b>Gewicht &amp; Größe des Patienten?</b>	..... kg / ..... cm	..... kg / ..... cm
<b>Ist Kommunikation möglich?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenig
<b>Kommt der ambulante Pflegedienst?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    ..... x täglich	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    ..... x täglich
<b>Soll die ambulante Versorgung in Zukunft auch von Ihrer Hilfskraft übernommen werden?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Wenn Ja, welche Art der Versorgung ist zu leisten?</b>	Beschreibung:	Beschreibung:
<b>Gibt es beim Essen Abneigungen und / oder Unverträglichkeiten?</b>	Beschreibung:	Beschreibung:
<b>Ist nachts Hilfe notwendig?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> Nein
<b>Wenn ja, was muss gemacht werden?</b>	Beschreibung:	Beschreibung:



<p><b>Wie sieht ein grober Tagesplan der pflegebedürftigen Person aus?</b></p>	Beschreibung:	Beschreibung:
--	---------------	---------------

### Beschreibung der allgemeinen Situation Patient 1

<b>Aufstehen / zu Bett gehen</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>An- &amp; Auskleiden</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Gehen / Stehen</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Bewegung im Rollstuhl</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Bewegung mit Rollator</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Waschen / Duschen</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Rasieren / Kämmen</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Mundhygiene</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Toilettengang</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:



<b>Windeln / Einlagen wechseln</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Haushalt führen</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Nahrungsaufnahme</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:

### Beschreibung der allgemeinen Situation Patient 2

<b>Aufstehen / zu Bett gehen</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>An- &amp; Auskleiden</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Gehen / Stehen</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Bewegung im Rollstuhl</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Bewegung mit Rollator</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Waschen / Duschen</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Rasieren / Kämmen</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Mundhygiene</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Toilettengang</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Windeln / Einlagen wechseln</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
<b>Haushalt führen</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:



<b>Nahrungsaufnahme</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Beschreibung:
-------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---------------

### Fragen zu Unterkunft / Freizeit

<b>Wohnverhältnisse?</b>	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Ein- bzw. Mehrfamilienhaus
<b>Steht der Hilfskraft ein eigenes, abschließbares Zimmer zur Verfügung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Leben noch weitere Personen im Haushalt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Steht ein separates WC, separate Dusche zur Verfügung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Gibt es einen Internetanschluss?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Sind Haustiere vorhanden? Welche? Hund / Katze / Vögel / sonstige</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Beschreibung:	
<b>Der Hilfskraft sollten ca. 1,5 - 2 Std. Freizeit täglich oder 1/2 Tag unter der Woche bzw. am Wochenende zur Verfügung stehen. Wann wäre das möglich?</b>	Beschreibung:	

### Anforderungen an die Hilfskraft / sonstige Aufgaben

<b>Gewünschte Deutschkenntnisse?</b>	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut
<b>Braucht sie / er einen Führerschein?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Gewünschtes Alter der Hilfskraft?</b>			
<b>Darf sie draußen rauchen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Muss sie Haushaltsgeld verwalten?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Gibt es weitere Tätigkeiten, außer Pflege und Haushalt, die die Hilfskraft erledigen soll? Z.B. Einkaufen, Gartenarbeit, Gesellschaft leisten, Karten spielen, vorlesen, Spazieren gehen usw.</b>	Beschreibung:		



<b>Sonstige Wünsche?</b> Z. B. Eigenschaften oder Interesse der Pflegekraft	Beschreibung:
---	---------------

Einsatzbeginn:  schnellstmöglich ab: \_\_\_\_\_

**Altenpflege-Direkt.de, Krisztina Mieszkalski**, wird die ihr im Rahmen dieses Vertragsverhältnisses bekannt werdenden, personenbezogenen Daten, unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes, geheim halten, ausschließlich für vermittlungsrelevante Arbeiten verwenden und nicht an unbefugte Dritte weitergeben.

Ich danke Ihnen für Ihr Vertrauen.

.....  
(Ort / Datum)

.....  
(Unterschrift Auftraggeber)