



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. Das Ausfüllen des Fragebogens ist für Sie unverbindlich.

Kontaktperson / Auftraggeber

Ansprechpartner:		
Anschrift:	Ansprechpartner: Rechnungsadresse:	Einsatzort:
Telefon Festnetz:	Ansprechpartner:	Einsatzort:
Mobil:		
eMail:		

Pflegebedürftige Person(en)

	Patient 1:		Patient 2:	
Name des Patienten?				
Pflegegrad der Person?	PG	<input type="checkbox"/> Demenz, seit Jahren	PG	<input type="checkbox"/> Demenz, seit Jahren
Alter?				
Ist die Person bettlägrig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Was hat sie / er für Krankheit/en? Bitte unterstreichen.	Altersschwäche Alzheimer Asthma Bluthochdruck Dauerkatheter Depression Diabetes Herzerkrankung Inkontinenz Künstliche Darmausgang Lähmung MS Parkinson Schlaganfall Sehschwäche Tumor		Altersschwäche Alzheimer Asthma Bluthochdruck Dauerkatheter Depression Diabetes Herzerkrankung Inkontinenz Künstliche Darmausgang Lähmung MS Parkinson Schlaganfall Sehschwäche Tumor	



Sonstige Krankheiten? Bitte beschreiben.		
Was gibt es bei der Pflege zu Beachten?		
Eigenschaften des Patienten und der im Haushalt lebenden Personen?		
Gewicht & Größe des Patienten? kg / cm kg / cm
Ist Kommunikation möglich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenig
Kommt der ambulante Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja x täglich	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja x täglich
Soll die ambulante Versorgung in Zukunft auch von Ihrer Hilfskraft übernommen werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja, welche Art der Versorgung ist zu leisten?		
Gibt es beim Essen Abneigungen und / oder Unverträglichkeiten?		
Was ißt der Patient gern?		
Ist nachts Hilfe notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, was muss gemacht werden?		
Wie sieht ein grober Tagesplan der pflegebedürftigen Person aus?		
Gibt es feste Termine, die eingehalten werden müssen? Wenn ja, welche?		



Beschreibung der allgemeinen Situation Patient 1

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

Beschreibung der allgemeinen Situation Patient 2

Aufstehen / zu Bett gehen	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	
An- & Auskleiden	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	



Gehen / Stehen	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	
Bewegung im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	
Bewegung mit Rollator	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	
Waschen / Duschen	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	
Rasieren / Kämmen	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	
Mundhygiene	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	
Toilettengang	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	
Windeln / Einlagen wechseln	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	
Haushalt führen	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	Genauere Aufgaben:
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	

Fragen zu Unterkunft / Freizeit

Wohnverhältnisse: Wohnfläche?	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Ein- bzw. Mehrfamilienhaus
Garten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leben noch weitere Personen im Haushalt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Steht der Hilfskraft ein eigenes, abschließbares Zimmer mit Tageslicht zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Steht ein separates WC zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Steht eine separate Dusche zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gibt es einen Internetanschluss?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Haustiere vorhanden? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



Der Hilfskraft sollten ca. 2 Std. Freizeit täglich und ein Tag oder zwei halben Tage in der Woche zur Verfügung stehen. Wann ist es möglich?

Anforderungen an die Hilfskraft

Gewünschte Deutschkenntnisse?	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut
Braucht sie / er einen Führerschein?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Gewünschtes Alter der Hilfskraft?			
Darf sie draußen rauchen?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Muss sie Haushaltsgeld verwalten?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Gibt es weitere Tätigkeiten, außer Pflege und Haushalt, die die Hilfskraft erledigen soll? Bitte unterstreichen, ggf. ergänzen.	Einkaufen Gartenarbeit Gesellschaft leisten Brettspiele oder Karten spielen Spazieren gehen Begleiten z. B. zum Arzt		
Sonstige Wünsche? Z. B. Eigenschaften oder Interesse der Pflegekraft			
Beschreibung der Umgebung/Wohnort (Stadt, Gemeinde, Dorf, Einwohnerzahl, Einkaufsmöglichkeiten wie weit, usw)			

Einsatzbeginn: schnellstmöglich ab: _____

Wechselrhythmus: _____
Üblich sind 6-8 Wochen

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Ich habe eine Vollmacht von der zu betreuenden Person/en: Ja, von Herrn/Frau Nein

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

.....
(Ort / Datum)

.....
(Unterschrift Interessent/Auftraggeber)