



Care 24 for you
Vermittlungsagentur
Jahnstraße 10
86381 Krumbach

Kontakt:
Fon: +49 0160 800 5636
Fax: +49 (0)8282 827631
info@care24-for-you.de

FRAGEBOGEN

Angaben zur betreuten Person:

Vornamen/n			
Name/n			
Alter	Gewicht	Größe	
Postleitzahl	Ort		
Telefonnummer	Mobil	E-Mail	

Angaben zur Kontaktperson:

Vornamen/n			
Name/n			
Postleitzahl	Ort		
Telefonnummer	Mobil	E-Mail	

Diagnosen/Krankheitsbild:

<input type="checkbox"/> Demenz Beginn	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Alzheimer
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz
<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Diabetes Insulinpflicht	<input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Krebs/Krebsart	

Andere Diagnosen/Krankheitsverlauf:



Care 24 for you
Vermittlungsagentur
Jahnstraße 10
86381 Krumbach

Kontakt:
Fon: +49 0160 800 5636
Fax: +49 (0)8282 827631
info@care24-for-you.de

Pflegegrad anerkannt: ja nein
Pflegegrad beantragt: ja nein

Gewünschter Betreuungsbeginn:

Gewünschte Pflegeleistung:

An-/Auskleiden

selbständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Essen/Trinken

selbständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Körperpflege

selbständig teilw. selbständig unter Anleitung komplette Unterstützung

Toilettengang

selbständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Kommunikationseinschränkungen

keine Sprache Sehkraft Hörvermögen

Bewegung

selbständig mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Vorhandene Hilfsmittel

Pflegebett Toilettenstuhl Rollator Hebelift/Aufstehlift Treppenlift

Transfer z.B. Bett/Rollstuhl

selbständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig (kein Transfer)

Regelmäßigkeit der Nachteinsätze

keine Nachteinsätze unregelmäßig regelmäßig
 1-2 mal 3-4 mal

Sonstige Einschränkungen:

Anforderungen an die Betreuungskraft

Alter

- 20-30 Jahre 31-40 Jahre 41-50 Jahre 51-60 Jahre egal

Geschlecht

- Weiblich Männlich egal

Sprachkenntnisse

- sehr gut/fließend gut mittel/befriedigend gering/Grundkenntnisse

Führerschein

- unwichtig
 unbedingt erforderlich mit Fahrpraxis (Fahrzeug vorhanden)
 Nützlich aber nicht zwingend erforderlich

Raucher

- Nichtraucher ja, aber nur draußen egal

Gewünschte Hausarbeiten

- Reinigung/Putzen Kochen Einkaufen Waschen/Bügeln

Haben Sie weitere Erwartungen oder Wünsche an die Betreuungskraft?

Details zum Haushalt der zu pflegenden Person

Lage

- Großstadt – zentral Großstadt – außerhalb Kleinstadt Dorf

Erreichbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel

- ca. 5 Min ca. 10 Min mehr als 10 Min keine

Wohnsituation

- Einfamilienhaus Zweifamilienhaus Wohnung Sonstiges :

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß

- ca. 5 Min ca. 10 Min mehr als 10 Min keine



Care 24 for you
Vermittlungsagentur
Jahnstraße 10
86381 Krumbach

Kontakt:
Fon: +49 0160 800 5636
Fax: +49 (0)8282 827631
info@care24-for-you.de

Angaben zu Personen die im Haushalt leben

- nur pflegebedürftige Person
- pflegebedürftige Person und Ehepartner oder Lebensgefährte
- pflegebedürftige Person und andere/mehrere Personen

bitte angeben wer und wie viele Personen:

soll für die weiteren Personen im Haushalt mitgekocht/mitgewaschen werden ja nein

Falls mehrere Personen im Haushalt pflegebedürftig sind (z.B. Ehepaar) bitte pro Person ein Formular!

Der Pflegekraft steht zur Verfügung

- Internet TV Telefon 1 Zimmer (abschließbar)
- Badezimmer separat Bad (Mitbenutzung)

Freizeit der Betreuungskraft

- 1 Tag pro Woche nach Absprache

Bitte schildern Sie uns in kurzen Sätzen einen Tagesablauf

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen:

Hiermit bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden habe und akzeptiere.

Datum:

Unterschrift:

Hinweis: Die Anreise der Pflegekraft erfolgt mit dem Bus.