



## Fragebogen zur Ermittlung des Pflegepersonals

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst und Ausführlich aus und senden diese an uns zurück: [pa@24pflegeengel.de](mailto:pa@24pflegeengel.de)

Wir werden umgehend mit der Angebotserstellung beginnen und uns mit Ihnen in Verbindung setzen.

### 1. Personendaten

#### Daten des Auftragsgebers / des Ansprechpartners

Name, Vorname:	
Straße:	PLZ, Ort:
Telefon:	Fax:
Mobil:	E-Mail:

#### Daten der zu betreuenden Person

Name, Vorname:	
Pflegegrad:	Geburtsdatum:
Größe (cm):	Gewicht (Kg):
Straße:	PLZ, Ort:
Telefon:	Mobil:
E-Mail:	Fax:

Verhältnis zum Auftraggeber ( Mutter, Vater, Ehepartner....

### 1. Wie ist die Mobilität der Pflegenden Person

<input type="checkbox"/> Kann alleine laufen	<input type="checkbox"/> Kann mit Hilfe laufen.
<input type="checkbox"/> Benutzt einen Rollstuhl innen	<input type="checkbox"/> Benutzt einen Rollator innen
<input type="checkbox"/> Benutzt einen Rollstuhl außen	<input type="checkbox"/> Benutzt einen Rollator außen
<input type="checkbox"/> Kann selbständig aufstehen	<input type="checkbox"/> Komplette Hilfsbedürftig
<input type="checkbox"/> Muss getragen werden	<input type="checkbox"/> Bettlägerig

### 2. Wie ist der **geistiger** Zustand der Pflegenden Person?

<input type="checkbox"/> Klar	<input type="checkbox"/> dem Alter normal
<input type="checkbox"/> verwirrt	<input type="checkbox"/> Depression Schwach / Stark
<input type="checkbox"/> Aggressiv	<input type="checkbox"/> Vergesslich

### 3. Kann die Pflegenden Person auf das WC ?

<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Teilinkontinenz	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz
<input type="checkbox"/> Mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Vollinkontinenz	<input type="checkbox"/> Urininkontinenz

### 4. **Diagnose** der Pflegenden Person.

<input type="checkbox"/> Alzheimer : leicht fortgeschritten	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Demenz: leicht fortgeschritten	<input type="checkbox"/> Druckgeschwür
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Herz- Kreislauferkrankungen
<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Probleme mit der Speiseröhre
<input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> MS-Patient	<input type="checkbox"/> Depressionen
<input type="checkbox"/> Lähmung	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen

### 3. Angaben zur Tätigkeit



Andere bekannte Krankheiten:

### Welche Tätigkeiten sind notwendig?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kochen                      | <input type="checkbox"/> Bügeln           |
| <input type="checkbox"/> Wohnung / Haushalt Reinigen | <input type="checkbox"/> Auto fahren      |
| <input type="checkbox"/> Einkaufen gehen             | <input type="checkbox"/> Haustier pflege  |
| <input type="checkbox"/> Gartenarbeiten:             | <input type="checkbox"/> Haustierpflegen: |

Weitere Beschreibungen:

### Betreuungsdauer

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Monat             | <input type="checkbox"/> Bis 3 Monate                            |
| <input type="checkbox"/> länger als 3 Monate | <input type="checkbox"/> Ab wann soll die Betreuung stattfinden: |

### Betreuungsumfang?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Essen   | <input type="checkbox"/> Kämmen und Eincremen                 |
| <input type="checkbox"/> Vorlagen wechseln  | <input type="checkbox"/> Nachtbetreuung                       |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim An – und Ausziehen  | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Waschen ( Baden, Duschen) |
| <input type="checkbox"/> Zur Zeit keine   |   |
| <input type="checkbox"/> 24h Rufbereitschaft / Überwachung der betreuende Person in der Nacht |   |

**Weitere oder welche Tätigkeiten sind Notwendig und Aufgaben:**

Welche Tätigkeiten sind notwendig?

**Welche Hilfsmittel sind im Haushalt vorhanden? \***

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Fahrstuhl      |
| <input type="checkbox"/> Rollator    | <input type="checkbox"/> Badewannenlift |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl   | <input type="checkbox"/> Hörgerät       |

Aktuelle Art der Betreuung / Aktuelle Therapien:

Die Betreuung der zu betreuenden Person übernimmt zurzeit

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Familie               | <input type="checkbox"/> Pflegedienst / Sozialstation |
| <input type="checkbox"/> Seniorenbetreuer / in | <input type="checkbox"/> Krankenhaus / Reha           |

Hobbies und Interessen der zu betreuenden Person ( Freizeitgestaltung):

### Personalanforderungen

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Egal	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich
Raucher:	<input type="checkbox"/> Egal	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tierlieb:	<input type="checkbox"/> Egal	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Pflegeerfahrung	<input type="checkbox"/> Egal	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Führerschein:	<input type="checkbox"/> Egal	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Deutschkenntnisse:</b>			
Befriedigende / Mittel :	<input type="checkbox"/>		
Kommunikative / Gut :	<input type="checkbox"/>		
Grundkenntnisse / Einfach:	<input type="checkbox"/>		



#### Weitere Eigenschaften

<input type="checkbox"/> Nichtraucher	<input type="checkbox"/> Raucher- außerhalb des Hauses
<input type="checkbox"/> Alter 20 – 30	<input type="checkbox"/> Alter 30 – 40
<input type="checkbox"/> Alter 40 – 50	<input type="checkbox"/> Alter ist Egal

#### 4. Rahmenbedingungen

Ist die betreuende Person Alleinstehend?

☐ Ja ☐ Nein

Falls Nein, wie viele Personen leben im Haushalt?:

Wer wohnt noch im gleichen Haushalt?

Müssen weitere Personen im Haushalt betreut werden?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn die im Haushalt lebende Person nicht betreut werden muss, hilft sie auch bei der Betreuung und im Haushalt?

☐ Ja ☐ Nein

Steht der Betreuer/in ein eigenes Zimmer zu Verfügung?

---

Steht der Betreuer/in ein eigenes Bad zur Verfügung?

---

Steht der Betreuer/in Internet zur Verfügung?

---

#### Beschreibung der Unterkunft

<input type="checkbox"/> Ein / Mehr / Zweifamilienhaus	<input type="checkbox"/> Wohnung
<input type="checkbox"/> Haus mit Garten	<input type="checkbox"/> Wohnung mit Garten

#### Freizeitregelung

In welchen Umfang wird der Betreuer/in Freizeit zur Verfügung gestellt?

<input type="checkbox"/> 2,5 Stunden / Pro Tag	<input type="checkbox"/> 1 ½ Tag / Pro Woche
<input type="checkbox"/> Freies Wochenende pro Monat freiwillig	<input type="checkbox"/> Nach Absprache ( dies kann nicht schlechter sein als unten dargestellte Mindestfreizeit



#### Ansprechpartner

**Firma:** Pflege-Engel (Die Pflegehilfe)  
**Partner:** Patrick Alex  
**Mail:** pa@24pflegeengel.de  
**Mobil:** 0176 / 24248499  
**Skype:** live:pa.pflegeengel  
**Website:** www.24pflegeengel.de

Aus Gründen der Erholung / Gesundheit des Personals ist es erforderlich, dass die Betreuer/ in 2,5 Stunden am Tag und mindestens einen Tag pro Monat frei hat. Bei Nachteinsätzen ist ein zusätzlicher Ausgleich am Tag notwendig

#### **länger wie 3 Monate**

☐ Telefonisch

☐ Fax

☐ E-Mail

☐ Postalisch

#### **V. SONSTIGES**

Hier können Sie sonstige Angaben eintragen, die Ihnen wichtig erscheinen und / oder Fragen stellen die Sie geklärt haben möchten:

Dieser Fragebogen wird ein Bestandteil des Dienstleistungsvertrages. Bitte füllen Sie ihn Ausführlich und Vollständig aus. Der Fragebogen selbst ist Selbstverständlich unverbindlich.

.....

Unterschrift

.....

Ort, Datum

**Ihre Angaben und Informationen werden von uns Vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.**

Nach Erhalten des Fragebogens, beginnen wir mit der Angebotserstellung. Danach melden wir uns bei Ihnen.