

**Fragebogen über die näheren Umstände zum Einsatz  
einer Seniorenbetreuerin.**

Dieser Fragebogen ist die Grundlage für die Erstellung eines **unverbindlichen, kostenlosen** Angebots.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Sie mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens keinen Vertragsabschluss eingehen. Bitte geben Sie trotzdem alle Daten wahrheitsgemäß an, da dieser Fragebogen auch die Grundlage eines eventuellen Dienstleistungsvertrages ist.

Die uns in diesem Fragebogen anvertrauten Informationen werden streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich der Suche nach einer geeigneten, Pflege unterstützenden Haushaltshilfe.

**Leistungsnehmer**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.19\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner** (nur ausfüllen wenn von Punkt I abweichend)

(Familienverhältnis zum  
Leistungsnehmer: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Leistungsnehmer und zum Haushalt

(bei mehreren Pflegepersonen bitte gesondertes Formular beifügen)

1. Leben Angehörige im gemeinsamen Haushalt? Wenn Ja, wer:

---

Wenn Nein, wer kommt wie oft zu Besuch

---

Befinden sich Haustiere im Haushalt? Wenn Ja, welche:

---

Wer kümmert sich um die Haustiere?

---

Ist der/die Leistungsnehmer(in)  Raucher  Nichtraucher  
Befinden sich Raucher im Haushalt?  Ja  Nein

2. Gesundheitsmerkmale: zu Person 1 ( bitte ankreuzen )

bewegt sich selbständig  ist körperlich behindert  bewegt sich im Rollstuhl  
 bettlägerig

geistig und körperlich krank  körperlich krank und geistig fit  
 geistig krank und körperlich fit  leidet an Alzheimer oder Demenz  
 ist geistig behindert

inkontinent  Dauerkatheter  Windeln

Dekubitus (Druckgeschwür)  MS-Patient  Probleme mit der Speiseröhre

Bluthochdruck  Diabetes  Herz-Kreislaufkrankung  Schwerhörig

Stoma Darmausgang/Urinausleitung  Schlaganfall  Tumor

Rheuma / Gicht  Parkinson

Sonstige Diagnosen:

---

---

---

Die Kommunikationsfähigkeit der Person ist:

vollständig erhalten  
eingeschränkt bezüglich  
 sehen  hören  sprechen  verstehen

Die Person leidet an folgenden Einschränkungen und Erkrankungen: (Bitte kurz erläutern)

---

---

---

Muss die Person gehoben werden?  Ja  Nein  
Kann die Person mithelfen?  Ja  Nein  
Bestehen Hilfsmittel?  Hebegurt  Hebesitz  Patientenlift  andere:

---

Leidet die Person an Desorientierung? Wenn Ja:  
 zum Zeitlichen  zu Personen  zur Örtlichkeit  
 völlige Desorientierung

Leidet die Person unter nächtlichen Störungen?  
 ungestört  gelegentlich gestört  oft erhebliche Unruhe  
 regelmäßige nächtliche Betreuung erforderlich

Ist eine nächtliche Überwachung notwendig? Wenn Ja, wie soll diese ablaufen?

---

---

### Gewünschter Einsatz:

Hauswirtschaftliche Unterstützung  
an wie vielen Wochentagen? \_\_\_\_\_ auch  Samstags?  Sonntags?  
Mit wie vielen Std./Tag rechnen Sie? \_\_\_\_\_

Hauswirtschaftliche Versorgung und Grundpflege  
an wie vielen Wochentagen? \_\_\_\_\_ auch  Samstags?  Sonntags?  
Mit wie vielen Std./Tag rechnen Sie? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine 24 Stunden (Bereitschaft) Betreuung/Pflege?  Ja  Nein  
Falls Ja, die Betreuungskraft wird untergebracht in:

---

---

### Unterstützung bei Hygienemaßnahmen

	täglich	wöchentlich	monatlich
Hilfe bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Kleidungswechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei der Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung beim Reinigen der Zähne oder der Prothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfestellung beim Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung beim Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlage wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Hauswirtschaftliche Tätigkeiten

	täglich	wöchentlich	monatlich
Getränke reichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubereitung Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubereitung Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubereitung Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubereitung Zwischenmahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechtes Servieren der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschirr spülen und aufräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tisch abwischen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkauf / Besorgungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ab- und Beziehen des Betts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bett machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen / Bügeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beheizen der Wohnung (bei Bedarf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fenster putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gardinen waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räumlichkeiten lüften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teppiche saugen / Böden wischen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möbel entstauben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badezimmer putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handtücher & Waschlappen auswechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppenhausreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zimmerpflanzen pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haustiere versorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sonstige Tätigkeiten

	täglich	wöchentlich	monatlich
Spaziergänge (je nach Wetterlage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung (Arzt, Friseur usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fussbad bevor Fusspflegerin kommt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsübungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnistraining (Spiele, Lesen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Kontakte (Kaffeenachmittage usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung bei der Wahrnehmung von Hobbies (Gartenarbeit, Basteln usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei der Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige anfallende hauswirtschaftliche Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Leistungen des Leistungsnehmers

(bei freier Kost und Logis für die Betreuerin )

1. Finanzielle Vorstellungen:

Bruttogehalt für die Pflegekraft: \_\_\_\_\_ ,-- €

zuzüglich Übernahme der Fahrtkosten (einmalig ca. 280,- Euro )

2. Freizeit (je nach Möglichkeit und Absprache):

Stundenweise täglich Freizeit ( Mindestens 2 – 3 Stunden/Tag sind Voraussetzung )

ein freier Tag/in der Woche ( freiwillig )  Ja  Nein

ein freies Wochenende pro Monat ( freiwillig )  Ja  Nein

Urlaub nach Absprache bei Langzeitbetreuung  Ja  Nein

## Anforderungen an die Betreuungskraft

1. Geschlecht:  weiblich  männlich  Egal
2. voraussichtlicher Einsatzbeginn: \_\_\_\_\_
3. voraussichtliche Einsatzdauer: \_\_\_\_\_
4. beiderseitige Kündigungsfrist: 14 Tage
5. Alter:  25 – 30  31 – 40  41 – 50  51 – 60  Egal
6. kräftige Person  Egal  Ja, da schwergewichtiger Patient
7. Führerschein mit Fahrpraxis  Ja, wichtig  gern gesehen  Egal
8. Nichtraucher  Ja, wichtig  Nein  Egal
9. Darf im Haus / Zimmer geraucht werden?  Ja  Nein
10. tierlieb  Ja, wichtig  nicht erforderlich  Egal
11. Erfahrung:  Pflegehilfskraft mit Erfahrung  
 ausdrücklich ausgebildete Pflegekraft

### 12. Gewünschte Deutschkenntnisse:

(Je besser die Betreuungskraft die deutsche Sprache beherrscht, desto höher ist ihr monatliches Gehalt ).

- kaum Sprachkenntnisse – Verständigung sehr eingeschränkt
- Grundkenntnisse – Verstehen mit Schwierigkeiten, Sprechen wenig
- Gute Grundkenntnisse – Unterhaltungen sind eingeschränkt möglich
- Erweiterte Grundkenntnisse – Verstehen und Sprechen gut
- Sehr gute Kenntnisse – Unterhaltungen sind ohne Einschränkungen möglich

## Einsatz anderer Pflegedienste

- Es wird derzeit kein Pflegedienst in Anspruch genommen.
  - Es finden bereits Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes statt.
- Wir raten dazu, eingesetzte hiesige Pflegedienste, soweit diese von Pflegeversicherungen entlohnt werden, auch weiterhin in Anspruch zu nehmen!  
Wenn Ja, wer, welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst und wie oft?

---

---

Wurde schon einmal eine „24 Stunden Pflegekraft“ beschäftigt?

- Ja  Nein

Wenn Ja, warum wurde die Betreuung eingestellt?

---

---

Ist der Patient schon einmal im Altersheim gewesen?  Ja  Nein  
Wenn Ja, warum wurde die Betreuung eingestellt?

---

---

## Pflegestufe

Die zu pflegende Person wurde in die Pflegestufe

0             I             II             III             Härtefall eingestuft.

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2011

Unterschrift: \_\_\_\_\_