

1. KONTAKTPERSON

Anrede:* Herr Frau Straße, Nr.: _____

Vorname:* _____ PLZ:* _____ Stadt:* _____

Nachname:* _____ Land: _____

Telefon:* _____ Handy: _____

E-Mail:* _____ Fax: _____

2. ANFORDERUNGEN AN DEN/DIE BETREUER(IN)

Geschlecht:* weiblich männlich egal

Deutschkenntnisse:* keine Stufe C Stufe B Stufe A Stufe A+
Verstehen einfacher Begriffe, Non-Verbale-Kommunikation Verstehen und Sprechen von einfachen Sätzen in bekannten Situationen versteht klare Sprache, einfache Unterhaltung möglich Verstehen und Sprechen ohne wesentliche Einschränkungen

Vorlesen können ist wichtig:* ja nein

Raucher(in):* keine rauchende Person egal nur draußen möglich ja

Alter:* bis 30 ab 30 ab 40 ab 50 egal

Führerschein und Fahrpraxis:* nicht benötigt gern gesehen sehr wichtig

Fahrzeug vorhanden:* nein mit Automatikgetriebe mit Schaltgetriebe

Gute Kochkenntnisse:* sehr wichtig wichtig es wäre gut nicht so wichtig

Backkenntnisse:* sehr wichtig wichtig es wäre gut nicht so wichtig

Welche Charakterzüge des/der Betreuers/Betreuerin würden am besten zur betreuten Person passen:*(Mehrfachauswahl)

<input type="checkbox"/> fröhlich	<input type="checkbox"/> unkompliziert	<input type="checkbox"/> geduldig
<input type="checkbox"/> humorvoll	<input type="checkbox"/> durchsetzungsfähig	<input type="checkbox"/> kräftig
<input type="checkbox"/> mitfühlend	<input type="checkbox"/> gebildet	<input type="checkbox"/> erfahren
<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> naturverbunden	<input type="checkbox"/> mütterlich
<input type="checkbox"/> energisch	<input type="checkbox"/> zurückhaltend	<input type="checkbox"/> zuverlässig
<input type="checkbox"/> gesprächig	<input type="checkbox"/> pünktlich	<input type="checkbox"/> liebevoll
<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> eigenverantwortlich	

Weitere Wünsche:

Wieviele Personen sollen betreut werden?* eine zwei

3. ANGABEN ZUR BETREUTEN PERSON 1

Anrede:* Herr Frau

Vorname:* _____

Nachname:* _____

Geburtsdatum oder Alter:* _____

Größe (cm):* _____

Gewicht (kg):* _____

Krankheiten und Einschränkungen:* _____

Es liegt eine ansteckende Krankheit vor:* nein ja welche: _____

Es liegt eine Patientenverfügung vor:* unklar nein ja

Pflegegrad:* wird beantragt keine
 1 2 3 4 5

An - und Auskleiden:* selbstständig mit etwas Hilfe nur mit Hilfe unklar
 muss komplett an- und ausgezogen werden
andere: _____

Hygiene:* wäscht sich gern wäscht sich ungern (krankheitsbedingt)

Morgen- und Abendtoilette:* unklar selbstständig muss überwacht werden mit etwas Hilfe
 muss Betreuer(in) vollständig übernehmen übernimmt Pflegedienst
 Körperpflege im Bett andere: _____

Baden/Duschen:* unklar selbstständig mit Überwachung braucht Hilfe
 muss Betreuer(in) übernehmen übernimmt Pflegedienst
 Körperpflege im Bett andere: _____

Allgemeine Mobilität (Fortbewegung):*

ohne Störungen

begrenzt durch: Altersschwäche Knieprobleme Wirbelsäulenprobleme
 unsicherer Gang Oberschenkelhalsprobleme Übergewicht
 halbseitige Lähmung Demenzfolgen Erschöpfung
 Querschnittslähmung Arthrose Parkinsonsteifheit
 Muskelschwund Osteoporosefolgen unklar
 Beinamputation andere: _____

Aufstehen und Hinsetzen:* mit etwas Hilfe (Hand reichen u.a.) benötigt Hilfe, hat aber eigene Kräfte
 selbstständig steht nicht mehr selbstständig, muss gehoben/gestützt werden
 bettlägerig unklar andere: _____

Hilfsmittel:*(Mehrfachauswahl)

Treppenlift Aufstehhilfe Rollstuhl mit Motor
 Pflegebett Rollator sind noch nicht organisiert
 Haltegriffe im Bad Gehbock Toilettenstuhl
 verstellbarer Sessel Rollstuhl ohne Motor Hebelifter (mit Tragetuch)
 Toilettensitzerhöhung andere: _____

Blasenentleerung:*(
(Mehrfachauswahl)

- unklar selbstständig muss erinnert werden
- Hilfe beim Aus- und Anziehen auf der Toilette
- Hilfe beim Setzen und Aufstehen
- Einlagen zur Sicherheit Windeln zur Sicherheit
- volle Blaseninkontinenz und Windeln
- Katheter vorübergehend auf Katheter angewiesen
- Urinalkondom Dialysepatient
- unkontrollierter Urinfluss in Wohnung wegen Demenz
- Urinflasche / Bettpfanne notwendig

andere: _____

Darmentleerung:*(
(Mehrfachauswahl)

- unklar selbstständig muss erinnert werden
- Hilfe beim Aus- und Anziehen auf der Toilette
- Hilfe beim Setzen und Aufstehen
- Hilfe beim Saubermachen Windeln zur Sicherheit
- volle Darminkontinenz und Windeln Darmstomapatient
- chronische Verstopfung chronischer Durchfall
- Schmutztendenz wegen Demenz Bettpfanne notwendig

andere: _____

Nachhilfe:*

- schläft die ganze Nacht durch schläft in der Regel die ganze Nacht durch
- wacht auf aber braucht keine Hilfe wacht wegen Angstzuständen auf
- braucht Hilfe wegen Toilettengang - Toilettenstuhl
- man muss Umlagern/Windel wechseln Tag- Nachtrhythmus nicht vorhanden
- unklar andere: _____

Wie oft muss man zwischen
22-6 Uhr geschätzt Hilfe
leisten:*

- 1-2 Mal 2-3 Mal öfter als 3 Mal unklar bisher nicht

andere: _____

Überwachungssysteme:*(
(Mehrfachauswahl)

- Babyfon Hausnotruf Kamera Bewegungsmelder keine

andere: _____

Wurde ein Pflegedienst beauftragt - für
welche Tätigkeiten und wie häufig:*

Soll Pflegedienst weiter kommen:*

- nein ja

Wenn ja, für welche Aufgaben:

Ernährung:*(
(Mehrfachauswahl)

- isst selbstständig
- Essen muss klein geschnitten werden
- muss gefüttert werden
- Essen muss püriert werden
- Magensondenernährung
- Porternahrung
- Schluckprobleme
- Getränkeaufnahme überwachen
- unklar andere: _____

Diät - Ernährungsgewohnheiten:*

Sehen:*

- ganz gut
- ohne Sehhilfe schlecht
- sieht wenig
- Blindheit

Sprechen:*(
(Mehrfachauswahl)

- ohne Störungen
- spricht mit Dialekt
- spricht undeutlich
- Aphasie
- begrenztes Sprechvermögen wegen Demenz

Hören:*

- ganz gut
- ohne Hörgerät sehr schlecht
- man muss laut und deutlich sprechen
- fast taub
- taub
- wegen Demenz schwierig zu beurteilen

Verständigungsmöglichkeit:*

- ganz gut
- manchmal gestört, je nach Tagesform
- leichte Verwirrung
- starke Verwirrung
- eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis
- wegen Demenz aggressiv
- fast keine wegen tiefer Demenz
- andere: _____

Charaktereigenschaften:*(
(Mehrfachauswahl)

- freundlich
- ruhig
- lieb
- aktiv
- depressiv
- misstrauisch
- gesprächig
- ängstlich
- Kontrolltyp
- friedfertig
- distanziert
- zuverlässig
- leicht erregbar
- andere: _____

Liebingsbeschäftigungen:*(
(Mehrfachauswahl)

- Garten
- Gesellschaftsspiele
- Fernsehen
- selbst lesen
- vorlesen lassen
- singen
- Musik spielen
- Musik hören
- Kochen
- Ordnung halten
- stricken
- Unterhaltungen
- Spaziergänge
- telefonieren
- Ausgehen (Cafe - Restaurant)
- Familie oder Freunde besuchen - empfangen
- in die Kirche gehen
- Haustiere
- andere: _____

3. ANGABEN ZUR BETREUTEN PERSON 2

Anrede:* Herr Frau

Vorname:* _____

Nachname:* _____

Geburtsdatum oder Alter:* _____

Größe (cm):* _____

Gewicht (kg):* _____

Krankheiten und Einschränkungen:* _____

Es liegt eine ansteckende Krankheit vor:* nein ja welche: _____

Es liegt eine Patientenverfügung vor:* unklar nein ja

Pflegegrad:* wird beantragt keine
 1 2 3 4 5

An - und Auskleiden:* selbstständig mit etwas Hilfe nur mit Hilfe unklar
 muss komplett an- und ausgezogen werden
andere: _____

Hygiene:* wäscht sich gern wäscht sich ungern (krankheitsbedingt)

Morgen- und Abendtoilette:* unklar selbstständig muss überwacht werden mit etwas Hilfe
 muss Betreuer(in) vollständig übernehmen übernimmt Pflegedienst
 Körperpflege im Bett andere: _____

Baden/Duschen:* unklar selbstständig mit Überwachung braucht Hilfe
 muss Betreuer(in) übernehmen übernimmt Pflegedienst
 Körperpflege im Bett andere: _____

Allgemeine Mobilität (Fortbewegung):*
 ohne Störungen
 begrenzt durch: Altersschwäche Knieprobleme Wirbelsäulenprobleme
 unsicherer Gang Oberschenkelhalsprobleme Übergewicht
 halbseitige Lähmung Demenzfolgen Erschöpfung
 Querschnittslähmung Arthrose Parkinsonsteifheit
 Muskelschwund Osteoporosefolgen unklar
 Beinamputation andere: _____

Aufstehen und Hinsetzen:* mit etwas Hilfe (Hand reichen u.a.) benötigt Hilfe, hat aber eigene Kräfte
 selbstständig steht nicht mehr selbstständig, muss gehoben/gestützt werden
 bettlägerig unklar andere: _____

Hilfsmittel:* (Mehrfachauswahl)
 Treppenlift Aufstehhilfe Rollstuhl mit Motor
 Pflegebett Rollator sind noch nicht organisiert
 Haltegriffe im Bad Gehbock Toilettenstuhl
 verstellbarer Sessel Rollstuhl ohne Motor Hebelifter (mit Tragetuch)
 Toilettensitzerhöhung andere: _____

Blasenentleerung:*(
(Mehrfachauswahl)

- unklar selbstständig muss erinnert werden
- Hilfe beim Aus- und Anziehen auf der Toilette
- Hilfe beim Setzen und Aufstehen
- Einlagen zur Sicherheit Windeln zur Sicherheit
- volle Blaseninkontinenz und Windeln
- Katheter vorübergehend auf Katheter angewiesen
- Urinalkondom Dialysepatient
- unkontrollierter Urinfluss in Wohnung wegen Demenz
- Urinflasche / Bettpfanne notwendig

andere: _____

Darmentleerung:*(
(Mehrfachauswahl)

- unklar selbstständig muss erinnert werden
- Hilfe beim Aus- und Anziehen auf der Toilette
- Hilfe beim Setzen und Aufstehen
- Hilfe beim Saubermachen Windeln zur Sicherheit
- volle Darminkontinenz und Windeln Darmstomapatient
- chronische Verstopfung chronischer Durchfall
- Schmutztendenz wegen Demenz Bettpfanne notwendig

andere: _____

Nachthilfe:*

- schläft die ganze Nacht durch schläft in der Regel die ganze Nacht durch
- wacht auf aber braucht keine Hilfe wacht wegen Angstzuständen auf
- braucht Hilfe wegen Toilettengang - Toilettenstuhl
- man muss Umlagern/Windel wechseln Tag- Nachtrhythmus nicht vorhanden
- unklar andere: _____

Wie oft muss man zwischen
22-6 Uhr geschätzt Hilfe
leisten:*

- 1-2 Mal 2-3 Mal öfter als 3 Mal unklar bisher nicht

andere: _____

Überwachungssysteme:*(
(Mehrfachauswahl)

- Babyfon Hausnotruf Kamera Bewegungsmelder keine

andere: _____

Wurde ein Pflegedienst beauftragt - für
welche Tätigkeiten und wie häufig:*

Soll Pflegedienst weiter kommen:* nein ja

Wenn ja, für welche Aufgaben:

Ernährung:*(
(Mehrfachauswahl)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> isst selbstständig | <input type="checkbox"/> Essen muss klein geschnitten werden |
| <input type="checkbox"/> muss gefüttert werden | <input type="checkbox"/> Essen muss püriert werden |
| <input type="checkbox"/> Magensondenernährung | <input type="checkbox"/> Porternahrung |
| <input type="checkbox"/> Schluckprobleme | <input type="checkbox"/> Getränkeaufnahme überwachen |
| <input type="checkbox"/> unklar andere: | _____ |

Diät - Ernährungsgewohnheiten:*

Sehen:*

- ganz gut ohne Sehhilfe schlecht sieht wenig Blindheit

Sprechen:*(
(Mehrfachauswahl)

- ohne Störungen spricht mit Dialekt spricht undeutlich
 Aphasie begrenztes Sprechvermögen wegen Demenz

Hören:*

- ganz gut ohne Hörgerät sehr schlecht
 man muss laut und deutlich sprechen fast taub taub
 wegen Demenz schwierig zu beurteilen

Verständigungsmöglichkeit:*

- ganz gut manchmal gestört, je nach Tagesform
 leichte Verwirrung starke Verwirrung
 eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis
 wegen Demenz aggressiv fast keine wegen tiefer Demenz
andere: _____

Charaktereigenschaften:*(
(Mehrfachauswahl)

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> lieb | <input type="checkbox"/> aktiv |
| <input type="checkbox"/> depressiv | <input type="checkbox"/> misstrauisch | <input type="checkbox"/> gesprächig | <input type="checkbox"/> ängstlich |
| <input type="checkbox"/> Kontrolltyp | <input type="checkbox"/> friedfertig | <input type="checkbox"/> distanziert | <input type="checkbox"/> zuverlässig |
| <input type="checkbox"/> leicht erregbar | andere: _____ | | |

Lieblingsbeschäftigungen:*(
(Mehrfachauswahl)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Garten | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele | <input type="checkbox"/> Fernsehen |
| <input type="checkbox"/> selbst lesen | <input type="checkbox"/> vorlesen lassen | <input type="checkbox"/> singen |
| <input type="checkbox"/> Musik spielen | <input type="checkbox"/> Musik hören | <input type="checkbox"/> Kochen |
| <input type="checkbox"/> Ordnung halten | <input type="checkbox"/> stricken | <input type="checkbox"/> Unterhaltungen |
| <input type="checkbox"/> Spaziergänge | <input type="checkbox"/> telefonieren | <input type="checkbox"/> Ausgehen (Cafe - Restaurant) |
| <input type="checkbox"/> Familie oder Freunde besuchen - empfangen | | |
| <input type="checkbox"/> in die Kirche gehen | <input type="checkbox"/> Haustiere | |
| andere: _____ | | |

4. WICHTIGE FRAGEN FÜR UNSER PERSONAL

Freizeitausgleich wöchentlich:* 2x pro Woche mind. 4 Stunden 1x pro Woche mind. 8 Stunden

Täglich Mittagspause von - bis:*
(mind. 2 Stunden)

Weitere Details für Freizeitausgleich:

Unterkunft der Betreuungskraft:

Zimmer ca.:* _____ qm

Ausstattung:*

Toilette:* eigene Nutzung gemeinsame Nutzung

Bad /Dusche:* eigene Nutzung gemeinsame Nutzung

Andere Informationen zur Unterkunft:

Internet:* WiFi Stick Kabel
 wird installiert keine Möglichkeit zur Installation

Haustiere:* nein ja

Wenn ja, welche:

Fahrrad:* nein ja

5. ORGANISATORISCHE FRAGEN

Betreuungsdauer:* langfristig steht noch nicht fest andere: _____ (wie lange)

Ab wann soll die Betreuung stattfinden:* _____

Wohnen noch weitere Personen im Haushalt der betreuten Person(en), die nicht betreut werden?*

nein

ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz, um welche Person(en) es sich handelt: _____

Ansprechpartner für Betreuungskraft vor Ort:*

nein

Wenn nein, wie weit wohnen die Familienmitglieder entfernt? _____

ja

Wenn ja, wer?

Ehemann / Lebenspartner

Ehefrau / Lebenspartnerin

Sohn / Tochter alleinstehend

Sohn / Tochter mit Familie

andere: _____

Betreuungsadresse:

Straße, Nr.: _____

PLZ:* _____ Stadt:* _____

Land: _____

Telefon:* _____

Handy: _____

Wohnart:*

Einfamilienhaus Wohnung in Mehrfamilienhaus

Wohnung in Wohnblock andere: _____

Garten vorhanden:*

nein kleiner Wiesen- und Blumengarten nur Wiese

Obst- und Gemüsegarten andere: _____

Einkaufsmöglichkeiten:*(Mehrfachauswahl)

Geschäfte sind gut zu Fuß zu erreichen

Betreuer(in) kann mit dem Fahrrad fahren

Betreuer(in) kann mit dem Auto fahren

man fährt mit öffentlichen Verkehrsmitteln

man fährt im Auto mit Betreuten als Fahrer

man fährt im Auto mit Familienmitgliedern

Einkäufe werden geliefert anders: _____

Anderes Hauspersonal: _____

Rauchen im Haus:*

Nichtraucherhaushalt

betreute Person raucht

Familienmitglieder rauchen im Haus

es wird nur draußen geraucht

Frühstück-, Nachtisch- und Abendessen- Zu- und Vorbereitung:*

- soll von Betreuer(in) übernommen werden
- Betreuer(in) soll betreute Person unterstützen
- Betreuer(in) teilt sich die Aufgaben mit anderen Familienmitgliedern
- unklar anders: _____

Mittagessen- Zu- und Vorbereitung:*

- kocht Betreuer(in) allein kocht betreute Person und Betreuer(in) hilft
- kocht Betreuer(in), aber betreute Person soll eingeschlossen werden
- kocht Familienmitglied kocht Familienmitglied und Betreuer(in) hilft
- Essen auf Rädern unklar

anders: _____

Welche Ankunfts möglichkeit bevorzugen Sie (je nach möglichen Verbindungen, Mehrfachauswahl):

- Mit Reisegesellschaft - günstigste Lösung, regelmäßiger Reiseplan, Ankunft nach Deutschland max. bis Mittag aber man muss Betreuer(in) vom Bahnhof abholen (i.d.R. max. 60 km zum Bahnhof)
- Mit Kleinbusunternehmer, der bringt die Betreuungskraft bis zur Haustür - etwas höhere Reisekosten, Ankunft- und Tageszeit sind unterschiedlich
- es ist uns wichtig eine Ankunft am Wochenende zu organisieren
- egal

Abholer - Empfangsorganisator ist:

(Vorname, Nachname, Handy, Festnetz)

6. WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?*

- durch Empfehlung von wem? _____
(Name und evtl. Gutscheincode)
- Internet anders: _____

7. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG*

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die Zwecke der Erstellung eines Angebots zur Erbringung von Betreuungsleistungen für die von mir genannte/n Betreuungsperson/en zu und erkläre mich mit der Zusendung von Angeboten per Post, E-Mail und der telefonischen Beratung einverstanden.

Ich bin einverstanden, dass meine und die des Betreuungsbedürftigen personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme für ein kostenloses Beratungsgespräch und eine Angebotserstellung an unsere Vertragspartner weitergegeben und durch diese verarbeitet werden.

Ort, Datum*

X

Unterschrift (entfällt bei elektr. Bearbeitung)

Hinweis: Alle mit einem Sternchen * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden. Sie können die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Sie können den Erhebungsbogen am Bildschirm ausfüllen und direkt an uns per E-Mail schicken oder ausdrucken und an uns per Fax schicken: