

1. KONTAKTPERSON

Anrede:\*  Herr  Frau Straße, Nr.\* \_\_\_\_\_  
Vorname:\* \_\_\_\_\_ PLZ:\* \_\_\_\_\_ Stadt:\* \_\_\_\_\_  
Nachname:\* \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_  
Telefon:\* \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail:\* \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Ich suche eine Betreuungskraft für meine/meinen:

Großmutter  Großvater  Mutter  Vater  Eltern  Großeltern  
 Schwiegervater  Schwiegermutter  Schwiegereltern  mich selbst  
 Ehefrau  Ehemann  andere: \_\_\_\_\_

2. ANFORDERUNGEN AN DEN/DIE BETREUER(IN)

Geschlecht:\*  weiblich  männlich  egal  
Deutschkenntnisse:\*  keine  Stufe A1  Stufe A2  Stufe B1  Stufe B2  
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)  
 fröhlich  unkompliziert  geduldig  
 humorvoll  durchsetzungsfähig  kräftig  
 mitfühlend  gebildet  erfahren  
 ruhig  naturverbunden  mütterlich  
 energisch  zurückhaltend  zuverlässig  
 gesprächig  pünktlich  liebevoll  
 freundlich  eigenverantwortlich

Weitere Wünsche:

Wieviele Personen sollen betreut werden?\*  eine  zwei

**3. ANGABEN ZUR BETREUTEN PERSON**

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)

- |  |  |
|--|--|
| <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: _____ |                                       |                                      |                                      |

Liebblingsbeschäftigungen:\*(  
(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 Ankunfsmöglichkeit  
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: