

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 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:\*\n(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:\*\n(Mehrfachauswahl)

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

Lieblingsbeschäftigungen:\*\n(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: \_\_\_\_\_

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: _____                         |                                      |                                      |

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 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\*

  
\_\_\_\_\_  
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: