



## FRAGEBOGEN

### Kontaktperson (Auftraggeber)

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	Hausnummer:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	Telefon Mobil:	_____
E-Mail:	_____	Fax:	_____

### Betreuende / Pflegeperson

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	Hausnummer:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	Telefon Mobil:	_____
Geburtsdatum:	_____	Gewicht:	_____
Pflegegrad:	<input type="text"/>		
Verhältnis zur Kontaktperson (Auftraggeber)	<input type="text"/>		
Ärztliche Diagnosen:	<input type="text"/>		

## Pflegepersonal

Erfolgt zur Zeit Versorgung durch Pflegedienst:  ja  nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeit erbringt das Pflegepersonal:

Soll der Pflegedienst weiter kommen?  ja  nein Wie oft täglich:

## Mobilität der zu betreuender Person - Gesundheitsmerkmale

### Bewegung

Selbständig:  ja  nein

Mit Unterstützung:  ja  nein

Überwiegend im Rollstuhl:  ja  nein

Bettlägerig:  ja  nein

### Orientierung

Persönlich:  ja  nein

Zeitlich:  ja  nein

Örtlich:  ja  nein

- Demenz
- Dauerkatheter
- Alzheimer
- Depression
- Diabetes
- Inkontinenz
- Künstlicher Darmausgang
- Schlaganfall
- Parkinson
- Tumor
- Allergien
- Herzerkrankung
- Lähmung
- Asthma
- Psychiatrische Erkrankungen
- Osteoporose

## Wohnverhältnisse

Die zu betreuende Person lebt

Haus Wohnfläche m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ Zimmer: \_\_\_\_\_

Wohnung Wohnfläche m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ Zimmer: \_\_\_\_\_

Im Haushalt wohnt(en) insgesamt: \_\_\_\_\_ Person (en)

Haushalt Liegt:  In der Stadt  Auf dem Land

Wie viele Einwohner hat der Wohnort:

Sonstige Anmerkungen zu den Wohnverhältnissen:

Haustiere vorhanden:  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Sollen mitversorgt werden: \_\_\_\_\_

## Gewünschte Leistungen

### Hauswirtschaftliche Tätigkeit

- Kochen Für:  Personen
- Einkaufen
- Wäschepflege
- Wohnungsreinigung
- Allgemeine Hausarbeiten
- Autofahren
- Haushaltsführung

### Personen Betreuung

- Körperpflege
- An - und Auskleiden
- Inkontinenzversorgung
- Spaziergänge
- Aktivierende Betreuung
- Baden / Duschen
- Windel wechseln
- Beatmungsversorgung

*Grundsätzlich werden keine Gartenarbeiten von der Betreuungskraft verrichtet. Auch beim Winterdienst wird nur der Hauseingang geräumt.*

Sonstige Tätigkeit:

*Ändern sich die Anforderungen an die Arbeitskraft dergestalt in Art und Umfang, dass der Arbeitskraft mehr Arbeit zugemutet wird, als ursprünglich bei Abschluss des Vertrags abzusehen war, kann der Dienstleister ein höheres Arbeitsentgelt fordern.*

### Hilfsmittel in der Wohnung

- |                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Krankenbett    | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl |
| <input type="checkbox"/> Rollator  | <input type="checkbox"/> Badewannenlift | <input type="checkbox"/> Treppenlift    |

## Nachteinsätze

Wird über Nacht zwischen 22:00 und 6:00 Uhr Hilfe benötigt:  ja  nein

Welcher Art und wie oft wird der Nachteinsatz benötigt:

Eingaben:

**Falls ja, wird zusätzlich je 3€ pro Einsatz in der Nacht berechnet**

**Ein-/Durchschlafen**  keine Probleme  sporadisch  Schlafrhythmus gestört

Steht der Patient nachts auf ?  ja  nein      Wie oft:  mal

Bekommt Er/Sie Schlafmittel  ja  nein

**Sprachkenntnisse:**

Ich wünsche eine Betreuungskraft mit folgenden Deutschkenntnissen

- Grundkenntnisse - das Verstehen der Sprache fällt teilweise schwer, das Sprechen ebenfalls
- mittlere Kenntnisse - das Verstehen der Sprache ist befriedigend, das Sprechen ist ausreichend
- gute Kenntnisse - das Verstehen der Sprache ist gut, das Sprechen ist befriedigend bis gut

**Anforderungen an den Auftraggeber**

Zimmer voll Möbliert und Badezimmer Benutzung wird vorausgesetzt

- Eigenes Zimmer
- Eigenes Bad/Toilette
- Erlaubnis für Festnetzanrufe
- Internetanschluss

**Freizeitregelung**

1. Täglich stehen der Betreuungskraft 2-3 Stunden Pause zur freien Verfügung

2. Zusätzlich sollten der Betreuungskraft monatlich entweder

- 2 Tage oder  4 halb Tage gewährt werden *(nach vorheriger Absprache mit der Familie)*

**Wohnt noch eine andere Person mit im Haushalt? (entstehen 100 € Monatliche Mehrkosten) falls ja, wer ist diese Person:**

ja  nein

**Sollte die zweite Person auch pflegerisch mitversorgt werden müssen, füllen Sie uns bitte dazu einen separaten zweiten Aufnahmefragebogen aus. Wird 200 Euro pro Monat mehr berechnet**

**Darf die Betreuungskraft vom Haustelefon aus nach Polen telefonieren?**

- ja, wir übernehmen die Kosten
- nein, die Betreuungskraft darf das Haustelefon nicht benutzen

**Ist ein Internetanschluss vorhanden, den die Betreuungskraft nutzen darf ?**

- ja
- nur WLAN
- nur LAN
- nein *(bitte beachten Sie, das bei "nein" die Vermittlung länger dauern kann bzw. nicht 100 % garantiert werden kann, da Internet mittlerweile als Standard geworden ist)*

**Rechnungsempfänger & Rechnungsart**

- Kontaktperson/Auftraggeber
- per Post
- per E-Mail
- Betreuende/Pflegeperson
- per Post
- per E-Mail
- Angehörige
- per Post
- per E-Mail

**Betreuungskraft**

Geschlecht  Frau  Mann  egal Raucher:  ja  nein  egal

Führerschein:  ja  nein falls ja, welches Autofabrikat und Typ muss die Betreuerin fahren

## Beginn der Betreuung

Wann soll mit der Betreuung begonnen werden:

Eingaben:

die Dauer des Einsatzes:

Eingaben:

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden

- durch Empfehlung
- Anzeige
- Internet
- Flyer
- Sonstiges

Dieser Fragebogen dient ausschließlich als Leistungsbeschreibung um Ihnen unverbindlich ein optimales Angebot anzubieten.

Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt und nicht an Dritte weiter geleitet.

*Es werden keine medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten und keine Behandlungspflege durchgeführt.*

---

**Nachfolgend finden Sie eine Tabelle mit möglichen Tätigkeiten.**

**Bitte passen Sie sie Ihren individuellen Anforderungen an.**

Die untenstehenden Leistungen werden erbracht:  
(wenn möglich, ungefähre Zeiten angeben)

Betreuung	Täglich	Wöchentlich	Monatlich
Gesellschaft (Unterhaltung, Spiele, etc.)			
Begleitung (Theater, Kino, etc.)			
Hilfe bei Morgen- und Abendtoilette			
Hilfe bei Waschen, Duschen, Baden			
Hilfe bei der Zahnpflege			
Hilfe bei der Inkontinenzversorgung			
Medikamenteneinnahme überwachen			
Hilfe beim Aufstehen und Zu-Bett-Gehen			
Hilfe beim An- und Auskleiden			
Begleitung bei Spaziergängen			
Begleitung beim Kirchenbesuch			
Begleitung bei Arztbesuchen			

Hauswirtschaftliche Tätigkeit	Täglich	Wöchentlich	Monatlich
Einkaufen			
Mahlzeiten zubereiten/ kochen			
Tisch abräumen/ wischen			
Spülen			
Putzen			
Bettwäsche wechseln			
Wäsche und Kleidung waschen			
Bügeln			
Beheizen und Lüften der Wohnung			
Blumen gießen			
Müll entsorgen			
Haustier versorgen			
Auto Fahren			

Ort, Datum

Unterschrift

Viteaathome Leben-daheim  
 Heinkelweg 4  
 D 72336 Balingen  
 E-Mail: [info@viteaathome.de](mailto:info@viteaathome.de)  
[www.viteaathome.de](http://www.viteaathome.de)  
[www.24stundenpflegevermittlung-viteaathome.de](http://www.24stundenpflegevermittlung-viteaathome.de)

Telefon  
 07433 - 1408850  
 Telefax  
 07433 - 1408849

Öffnungszeiten  
 Montag - Freitag  
 10.00 - 12.00 Uhr  
 14.00 - 18.00 Uhr