

**Bitte (unbedingt) gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!****1. Kontaktperson:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Telefon (zu Hause): \_\_\_\_\_ Telefon (geschäftlich): \_\_\_\_\_  
Telefon Mobil: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_  
Telefax: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_  
(zwischen dem Betreuungsbedürftigen und der Kontaktperson)

**2. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon (Mobil): \_\_\_\_\_  
Telefax: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Raucher:  ja  nein

Pflegestufe:  keine     1     2     3     Härtefall     beantragt

Pflegeversicherung:  gesetzlich     privat

Sprache:  gut     eingeschränkt     nicht möglich

Sehkräfte:  gut     eingeschränkt     massive Probleme

Hörvermögen:  gut     eingeschränkt     massive Probleme

Brille:  ja     nein

Hörgerät:  ja     nein

Nächtliche Hilfe:  nicht erforderlich     erforderlich und zwar:  1 Mal     mehrfach

Bewegung:  uneingeschränkt     mit Hilfe     mit Rollstuhl     bettlägerig

Treppensteigen:  selbstständig     mit Unterstützung     nicht möglich

Transfer Bett/Rollstuhl:  selbstständig     mit Hilfe     komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel:  Krücken/Stock     Rollator     Rollstuhl     Pflegebett

Zeitliche und Örtliche Orientierung:  gut     zeitweise     massive Probleme

Geistiger Zustand:  klar     nicht ansprechbar     verwirrt     teilnahmslos

Toilette:  selbstständig     mit Hilfe     Vollinkontinenz     Teillinkontinenz

Baden/Duschen:  selbstständig     mit Hilfe     komplett hilfsbedürftig

Nahrungsaufnahme:  selbstständig     mit Hilfe     komplett Hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen:  keine     Störungen

Diät:  keine     wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Krankheiten: \_\_\_\_\_

Allergien, wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Hobbys, wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Ist ein Pflegedienst beauftragt?  ja  nein

Wenn ja, wird der Pflegedienst weiterkommen?  ja  nein

Pflegedienstleistungen: \_\_\_\_\_

### Körperpflege:

Gesicht:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

Körper:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

Gesäß:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

Intim pflege:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

Rasieren:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

Harre waschen/kämmen:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

Mundpflege/Zahnersatz:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

An – und Auskleiden:  selbstständig  mit Unterstützung  mit voller Unterstützung

Zusätzliche Angaben: \_\_\_\_\_

### 3. Anforderungen an das Personal:

Geschlecht:  weiblich  männlich  irrelevant

Pflegeerfahrung:  nein  ja

Deutschkenntnisse:  gut  befriedigend  ausreichend  schwach

Kochkenntnisse:  gut  befriedigend  ausreichend

Raucher:  nein (nur im Freien)  irrelevant

Alter:  25 – 30  älter als 30  älter als 45  irrelevant

Führerschein  wünschenswert  nicht erforderlich

Weitere Anforderungen: \_\_\_\_\_

### 4. Rahmenbedingungen:

Lage:  Stadt  Dorf  ländlich

Wohnungsart:  Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus

Wohnung  Wohnfläche ca. \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):  ca. 10 Min  ca. 20 Min  mehr als 30 Min

Zimmer für den(die) Betreuer(in):  Bett  Schrank  Tisch  Radio  TV

Bad/WC für den(die) Betreuer(in):  separat  zur gemeinsamer Nutzung

Steht der Betreuungskraft Internet zur Verfügung?  ja  nein  wird eingerichtet

## 5. Arbeits- und Freizeitregelung:

---

Dauer des Einsatzes:     1 Monat                       bis 3 Monate                       dauerhaft  
Nachteinsätze:             nein       wenn ja, wie häufig: \_\_\_\_\_  
Freizeit:                       2 h/Tag                       1 Tag/Woche                       nach Absprache

## 6. Andere Anforderungen:

---

Einkäufen:                       nie                       ab und zu                       täglich  
Kochen / Essenvorbereitung:     nie                       ab und zu                       täglich  
Wäsche waschen:                 nie                       ab und zu                       täglich  
Bügeln:                         nie                       ab und zu                       täglich  
Haustiere:                       ja                       nein      wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
Mitversorgung von Haustieren:     ja                       nein  
Einfache Gartenpflege:             nie                       ab und zu                       täglich  
Arztbesuche:                       nie                       ab und zu                       täglich  
Weitere Anforderungen: \_\_\_\_\_

## 7. Sonstiges:

---

Anzahl der weiteren im Haushalt lebenden Personen: \_\_\_\_\_  
Fallen für diese Personen Arbeiten an?                       ja                       nein  
Wenn ja, welche?                       Hauswirtschaftliche Unterstützung     Pflegehilfe  
Bei Pflegebedarf weiterer Personen füllen Sie bitte einen neuen Fragebogen aus!  
Gibt es eine Haushaltshilfe:                       ja                       nein  
Zusätzliche Angaben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gewünschter Betreuungsbeginn: \_\_\_\_\_

„Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß sind.“

**Ort, Datum und Unterschrift:** \_\_\_\_\_

## Tagesablauf der zu betreuenden Person:

---

Morgens, Vormittags: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mittags, Nachmittags: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Abends, Nachts: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Baden/Duschen:     täglich     \_\_\_\_\_ Mal pro Woche     wecken um \_\_\_Uhr     ausschlafen lassen  
**Der Schutz Ihrer persönlichen Daten und deren vertrauliche Behandlung ist für uns eine Selbstverständlichkeit.**