

### I. Auftraggeber (Kontaktperson)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift mit PLZ: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### II. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift mit PLZ: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Pflegestufe:  keine  1  2  3  Härtefall

### III. Gesundheitsmerkmale

Alzheimer  MS-Patient  Parkinson  Demenz  Diabetes  Schlaganfall

Inkontinenz  Dauerkatheter  Bluthochdruck  Schwerhörigkeit  Tumor

Dekubitus (Druckgeschwür)  Herz-Kreislaufkrankung  künstlicher Darmausgang

sonstige Krankheiten, bitte beschreiben:

Beweglichkeit:  voll  eingeschränkt  teils bettlägerig

Körperlicher Zustand:  gut  leidlich  schlecht  sehr schlecht

Geistiger Zustand:  klar  apathisch  teilnahmslos  verwirrt

Orientierungsvermögen:

zeitlich  ungestört  eingeschränkt  desorientiert

örtlich  ungestört  eingeschränkt  desorientiert

persönlich  ungestört  eingeschränkt  desorientiert

Hörvermögen  ungestört  eingeschränkt  taub

Sprachvermögen  ungestört  eingeschränkt  stumm

Sehvermögen  ungestört  eingeschränkt  blind

Welche Hilfsmittel werden benötigt?

Rollstuhl  Rollator  Toilettenstuhl  Badewannenlift

Sonstige : \_\_\_\_\_

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?  ja  nein

Falls ja , bitte die ausgeführten Leistungen beschreiben :

Soll die ambulante Pflege fortgeführt oder beauftragt werden?  ja  nein

#### IV. Soziale Situation

Interessen der zu betreuenden Person :

---

Angehörige:  wohnen im selben Haus  wohnen in der Nähe  wohnen weit entfernt

kommen zu Besuch, wie oft: \_\_\_\_\_

Ist die betreuungsbedürftige Person allein stehend?  ja  nein

Falls nein, wie viele Personen leben im Haushalt? \_\_\_\_\_

Soll eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?  ja  nein

Falls ja, bitte einen separaten Fragebogen ausfüllen.

#### V . Gewünschte Leistungen

1. Hauswirtschaftliche Versorgung :

Grundreinigung nach Ankunft nötig(wird grundsätzlich berechnet)  leichte Gartenarbeit

Kochen für \_\_\_\_\_ Personen  Saubermachen  Einkaufen  Waschen  Bügeln

sonstige Arbeiten : \_\_\_\_\_

2. Betreuung

Spaziergehen  Hilfe beim Essen und Trinken  Körperpflege  Hilfe beim Ankleiden

Windeln wechseln  aktivierende Betreuung(z.B. Gesellschaftsspiele)

leichte pflegerische Tätigkeit : \_\_\_\_\_

andere (bitte genau beschreiben) \_\_\_\_\_

---

Nachruhe:  ungestört  gelegentlich gestört  erheblich gestört

Ist regelmäßige Nacharbeit notwendig?  ja  nein

Wenn ja, bitte genauer beschreiben: \_\_\_\_\_

## VI . Angaben zum Haushalt

Wohnung  Haus  mit Garten

Haustiere:  ja  nein Wenn ja , welche: \_\_\_\_\_

Stadt, ca. \_\_\_\_\_ Einwohner  Dorf , nächste größere Stadt

## VII . Ihre Wünsche bezüglich des Personals

Gewünschte Sprachkenntnisse :

auch ohne Kenntnisse der deutschen Sprache

einfache Anweisungen sollen verstanden werden

einfache Unterhaltung auf Deutsch soll möglich sein

nur sehr gute Deutschkenntnisse

Geschlecht :  weiblich  männlich  egal

Alter:  20-25  25-30  30-40  40-50  50-60  egal

Führerschein erforderlich :  ja  nein

Raucher:  ja  nein  egal

Referenzen:  wichtig  gern gesehen  egal

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes : \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes(in Monaten) : \_\_\_\_\_ Preis \_\_\_\_\_ soll mit Alois Schieber abgerechnet werden .

Freizeit (nach Absprache):

Stundenweise (min. 2-3 Stunden täglich)  Urlaub bei Langzeitbetreuung

ein freier Tag pro Woche  ein freies Wochenende pro Monat

zwei halbe Tage pro Woche

Ich versichere , dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind . Unvollständige oder unrichtige Angaben können zu Mehrkosten führen .

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_