

Fragebogen LÉNÁRT BetreuungsService

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und richtig aus.

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

1. ZU BETREUENDE PERSON:

Name, Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Alter: _____

Größe und Gewicht: _____

Pflegestufe: keine 1 2 3 Härtefall

Pflegestufe wurde beantragt

Wurde der ambulante Pflegedienst beauftragt? ja nein

Soll der ambulante Pflegedienst weiterhin kommen? ja nein

(Wir raten dazu, in akuten Fällen den Pflegedienst weiterhin in Anspruch zu nehmen)

Leben weitere Personen im Haushalt z.B. Ehemann/ Ehefrau, Angehörige?

ja nein Alter: _____

Muss eine dieser Personen ebenfalls betreut werden?

ja nein

Falls ja, Name, Vorname: _____

Welche Aufgaben hätte die Betreuungskraft dieser Person gegenüber?

2. GESUNDHEITLICHER ZUSTAND DER ZU BETREUENDEN PERSON:

Um welche Krankheitsbilder handelt es sich bei der zu betreuenden Person?
z.B. Demenz, Alzheimer, MS-Patient, Inkontinenz, geistig Behindert,
bettlägerig etc.:

Toilette:

- selbstständig
- mit Hilfe
- Urininkontinenz
- Stuhlinkontinenz
- Katheter

Welche Hilfsmittel benötigt die zu betreuende Person:

- Hörgerät Rollstuhl Badewannenlift Hebegurt Hebesitz
- Patientenlift Rollator Toilettenstuhl Pflegebett

Andere Hilfsmittel:

Ist eine Überwachung in der Nacht notwendig? ja nein

Wenn ja, welcher Art und wie häufig?

Wie ist die Kommunikationsfähigkeit der zu betreuenden Person?

vollständig erhalten

eingeschränkt

z.B. durch Sehschwäche Schwerhörigkeit altersbedingt

Andere:

Was ist die nächst größere Stadt in Ihrer Nähe mit Busbahnhof?

3. INFORMATIONEN ZUM HAUSHALT:

Haus Wohnung Fläche zum Saubermachen ca. _____ m²

Wie groß ist der Garten (falls leichte Gartenarbeit erwünscht)? ca. _____ m²

Leben im Haushalt Haustiere? Falls ja, welche? _____

4. AUFGABEN:

Kochen

Einkaufen gehen

Saubermachen

leichte Gartenarbeit

Wäsche waschen

Bügeln

Fenster putzen

Haustiere versorgen

Darreichung von Mahlzeiten

Pflegeunterstützende Tätigkeiten wie Hilfe bei der Körperpflege

Windeln wechseln bei Inkontinenz

Begleitung zum Arzt

Spaziergänge etc.

Sonstiges:

5. ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUERIN:

Deutschkenntnisse:

keine Grundkenntnisse mittel fortgeschritten

Alter:

25-30

30-40

40-50

50-60

60-70

egal

Geschlecht der Betreuungskraft: weiblich männlich egal

Setzen Sie bei der Betreuerin den Führerschein voraus? ja nein

Rauchen: ja nein unwichtig

Für welchen Zeitraum wünschen Sie eine Betreuerin?

für 1 Monat

für 2 Monate

für 3 Monate

für 4 Monate

dauerhaft

Urlaubsvertretung

Wann wäre der Einsatzbeginn?

Können Sie der Betreuerin ein separates Zimmer anbieten? ja nein

Freizeit (ja nach Absprache):

2-3 Stunden pro Tag (Voraussetzung)

ein freier Tag in der Woche (freiwillig)

Darf die Betreuerin 1 Mal pro Woche nach Hause telefonieren?

Ja, kein Problem

Nein, die Betreuungskraft sollte von einer separaten Telefonkarte aus telefonieren

6. INFORMATIONEN ZUM ANSPRECHPARTNER:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Fax: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Wer ist der Auftraggeber? Die zu betreuende Person Ansprechpartner

7. SONSTIGE WÜNSCHE, ANREGUNGEN UND ANGABEN:

Was sind Ihre finanziellen Vorstellungen? _____ EUR brutto monatlich.

Auf welchem Wege möchten Sie unser unverbindliches Angebot bekommen?

per Telefon per Post per E-Mail per Fax

Sonstige Angaben:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- durch Empfehlung
- Flyer/Broschüre
- Zeitungsinserat
- Internet

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

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Ihr LÉNÁRT BetreuungService
Diana Lénárt, Geschäftsführung
Birkenweg 7
85640 Putzbrunn
Tel.: +49 089/520 68 191
Fax: +49 089/2458 1422
Mobil: +49 089/520 68 191
E-Mail: info@24hbetreuung.com