

Pflegevermittlung

Lebensfreude

Anfrageformular für die kostenlose und unverbindliche Angebotserstellung

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und werden nicht an Dritte weitergegeben, sofern dies nicht nach Ihrer Einwilligung zur Erbringung der Dienstleistung oder zur Vertragsdurchführung notwendig ist.

1. Ihre Wünsche bezüglich der Betreuungskraft

- Frau Mann egal
- Nichtraucher kann draußen rauchen E-Zigarette egal
- Fahrerlaubnis Alter von: bis.....
- Nationalität : egal spezieller Wunsch:

Das wünsche ich mir außerdem:

Wünschen Sie Einsatz auch über Weihnachten, Neujahr, Ostern? ja nein
Falls ja, wird ein doppelter Tagessatz wird berechnet.

Welche Deutschsprachkenntnisse soll die Pflegehilfe/Betreuungskraft besitzen?

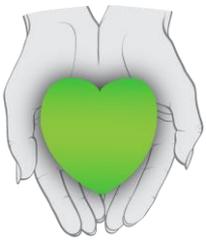
- schwach
(verstehen einzelne Wörter – sprechen mit Schwierigkeiten)
- befriedigend-kommunikativ
(verstehen ausreichend – sprechen nicht grammatisch)
- gut
(verstehen gut - einfache Unterhaltung möglich)

Wann startet die Betreuung?

Betreuungsdauer: unbefristet von bis

2. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

- Geschlecht Frau Mann
- PLZ / Ort
- Geburtsdatum
- Gewicht / kg, Größe / cm
- Raucher/in ja nein



Pflegevermittlung

Lebensfreude

Pflegegrad keinen 1 2 3 4 5 Härtefall

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? Wie oft? ja nein

Falls ja, bitte die ausgeführten Leistungen beschreiben

Soll der Pflegedienst weiterhin kommen? ja nein

Gesundheitsmerkmale (Anamnese):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> MS-Patient |
| <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Druckgeschwür | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Künstliche Darmausgang | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Lähmung | <input type="checkbox"/> Tumor |

Bitte beschreiben etwaige weitere Krankheiten:

Wie sind die Kommunikationsfähigkeiten?

- | | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Sprache | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> schlecht |
| Hörvermögen | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> schlecht |
| Sehkraft | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> schlecht |

Orientierung vorhanden?

- ja zeitweise keine

Welche Mobilität liegt vor?

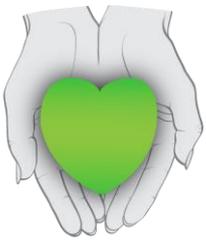
- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend im Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> bettlägerig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung |

Transfer Bett/Rollstuhl:

- selbständig
 hilft mit (kann stehen)
 komplett hilfsbedürftig

Treppensteigen:

- selbständig
 mit Unterstützung
 nicht möglich



Pflegevermittlung

Lebensfreude

Hilfsmittel in der Wohnung:

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

Urin-Kontrolle:

- kontinent inkontinent Windeln Katheter

Stuhl-Kontrolle:

- kontinent inkontinent chronische Durchfälle

Braucht die betreuungsbedürftige Person Hilfestellung in der Nacht? (22:00 - 6:00 Uhr)

- ja nein

Falls ja, wie oft? Bitte nutzen Sie diesen Platz zur genaueren Beschreibung:

Betreuung / Hilfestellung bei:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Körperpflege | <input type="checkbox"/> Essen/Trinken |
| <input type="checkbox"/> Windeln wechseln | <input type="checkbox"/> Spazierengehen | <input type="checkbox"/> Baden/Duschen |
| <input type="checkbox"/> kochen | <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Wäschepflege |
| <input type="checkbox"/> Wohnungsreinigung | <input type="checkbox"/> leichte Gartenarbeit
z.B. Blumen gießen | |

Diät:

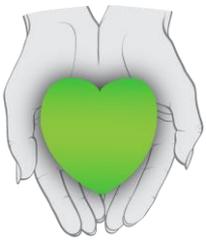
- keine ja Welche ?

Sonstige Wünsche:

.....

Tagesablaufbeschreibung: (Rituale, Aufstehen, Zubettgehen, individuelle Hilfestellung, Sonstiges)

Bitte nutzen Sie diesen Platz zur genaueren Beschreibung:



Pflegevermittlung

Lebensfreude

3. Rahmenbedingungen:

Lage:

- Großstadt zentral Großstadt abgelegen Kleinstadt Dorf Ländlich

Einkaufsmöglichkeit (zu Fuß): ca. 10 min. ca. 20 min. länger Wie lange?

Wohnsituation:

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Haustiere ja nein

Wenn ja, welche Haustiere haben Sie?

4. Unterkunft der Betreuungskraft:

- eigenes Zimmer eigenes Bad
 Badmitbenutzung eigenes Fernsehen
 Telefonnutzung / Länder-Flatrate Internet

5. Wie wird der Freizeitausgleich geregelt?

Vorraussetzung

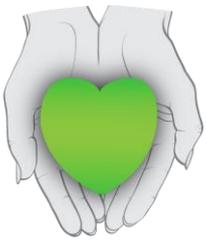
freiwillig

- 2-3 Stunden pro Tag 1 x 1/2 Tag oder 1 x 1 Tag in der Woche

6. Leistungen des Auftraggebers: (bei stets freier Kost und Logis für die Betreuungskraft)

Finanzielle Vorstellungen Brutto (monatlich)

* Die Kosten gelten für die **Betreuung von einer Person** und sind u.a. davon abhängig, welche Tätigkeiten tagsüber zu erledigen sind, ob nächtliche Hilfestellungen erforderlich sind und welche **Sprach- und Pflegekenntnisse** von der Betreuungskraft erwartet werden.



Pflegevermittlung

Lebensfreude

KONTAKTDATEN

Kontaktperson:

Vorname

Name

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

Fax

Email

Verhältnis zur pflegebedürftigen Person:

Patient:

Vorname

Name

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

Wer ist der Auftraggeber?

Kontaktperson Patient

Wer ist der Rechnungsempfänger?

Kontaktperson Patient

Der nächste größere Bahnhof / Busbahnhof ist in:

Leben im Haushalt der betreuungsbedürftigen Person weitere Personen (z.B. Ehefrau/Ehemann, Angehörige?)

ja nein Falls ja: Vorname, Name:..... Alter:

Verhältnis zur pflegebedürftigen Person:

Ist es gewünscht, dass die weitere im Haushalt lebende - **nicht pflegebedürftige Person**, von der Betreuungskraft auch unterstützt wird?

ja nein

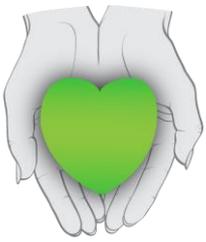
Falls eine zweite im Haushalt lebende pflegebedürftige Person betreut / unterstützt werden soll, füllen Sie bitte einen **zweiten Fragebogen** aus.

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

Ort

Datum

Unterschrift



Pflegevermittlung

Lebensfreude

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Internetseite Facebook Internet Suchmaschine

Wir sichern Ihnen zu, dass die von Ihnen gemachten Angaben vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet werden. Das Anfrageformular ist ein Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.