

Fragebogen für zu betreuende Personen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

(Alle Daten werden vertraulich behandelt und dienen nur der Vermittlung)

Seniorenbetreuung 24h

- Langzeitbetreuung
- Kurzzeitbetreuung
- Zusatzbetreuung

1. Angaben zur Betreuungsperson

Name: Vorname:

Strasse: Hausnummer:

Adressenzusatz (z.B. Appartement, Zimmernummer):

PLZ, Wohnort:

Bundesland:

Telefon: Mobiltelefon:

E-Mail: Internet vorhanden:

Erlerner Beruf * (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum: Größe: Gewicht:

Familienstand: ☐ allein lebend ☐ mehrere Personen im Haushalt

Wohnen: ☐ Stadt ☐ Dorf ☐ Haus ☐ Wohnung

Nächstgelegene Bahnstation

2. Persönliches Krankheitsbild

Vorliegendes persönliches Krankheitsbild

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Altersschwäche | ☐ Bluthochdruck | ☐ Beeinträchtigung der Sinnesorgane |
| ☐ Demenz | ☐ Alzheimer | ☐ Sehstörung ☒ bis 80% ☐ blind |
| ☐ Krebserkrankung | | ☐ Schwerhörigkeit oder Taubheit |
| ☐ Parkinson | ☐ Rheuma | ☐ Sprachstörungen, Aphasie |
| ☐ MS | | |
| ☐ Zustand nach Schlaganfall/Herzinfarkt | ☐ Inkontinenz Urin/Stuhl | <input type="text"/> |
| ☐ Psy. Erkrankung | ☐ Depression | ☐ Bettlägerigkeit |
| ☐ Diabetes | ☐ Insulinpflichtig | ☐ Dekubitus |
| ☐ Nicht ansprechbarer Zustand | ☐ Schmerzpatient | |
| ☐ Motorische Störungen oder Bewegungsunfähigkeit | | <input type="text"/> |
| ☐ Weglauftendenz | ☐ Aggression | ☐ Allergien |

Für genaue Beschreibungen des Krankheitsbildes Rückseite nutzen und/oder Arztbericht beilegen.

Seniorenhilfsdienst Roth GmbH · In der Door 9 · 54497 Gonzerath

Seniorenbetreuung 24h

- Langzeitbetreuung
- Kurzzeitbetreuung
- Zusatzbetreuung

Derzeitiger Schwierigkeitsgrad

☐ Leicht ☐ Mittel ☐ Schwierig ☐ Sehr schwierig

Bei vorhandenem Pflegegrad bitte angeben: _____

Bei Pflegegrad bitte die Kopie einer Bescheinigung beilegen

3. Betreuungsumfang

Betreuungstätigkeiten

- | | |
|---|---|
| ☐ Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen (An-und Auskleiden) | |
| ☐ Hilfe bei der Körperpflege | ☐ Hilfe bei Toilettengang |
| ☐ Windelwechsel | ☐ Hilfe beim Essen |
| ☐ Umgang mit Sonde | ☐ Unterstützung beim Gehen |
| ☐ Lagerung | ☐ Liegendversorgung |
| ☐ Diätprogramm | ☐ Überwachung Medikamentengabe |
| ☐ Umgang mit Katheter | ☐ Begleitung zu Arztbesuchen |
| ☐ Umgang mit Hilfsmitteln: | _____ |

Zusätzlich vorhandene Dienste

- ☐ Pflegedienst (wie oft): _____
- ☐ Haushaltshilfe ☐ Putzfrau ☐ Sonstiges: _____

Extradienstleistungen

- | | |
|--|--|
| ☐ Begleitung zu kulturellen Veranstaltungen | ☐ Sonstige Begleitungen (z.B. Restaurant) |
| ☐ Versorgung von Haustieren | ☐ Reisebegleitung |
| ☐ Erledigung von schriftlichen Angelegenheiten | ☐ Gartenpflege |
| ☐ Hilfe bei der Ausrichtung von Feiern oder Einladungen | |
| ☐ Sonstiges: | _____ |

Voraussichtlich zeitlicher Umfang der Betreuung

- ☐ Ganztagsbetreuung mit Grundversorgung
- ☐ Ganztagsbetreuung mit erhöhtem Pflegeaufwand
- ☐ Nachtversorgung
- ☐ mehrmaliges Aufstehen ☐ mehr als 30 Min. ☐ schwere Erkrankung
- ☐ Schwerstpflege/Intensivbetreuung

Seniorenhilfsdienst Roth GmbH · In der Door 9 · 54497 Gonzerath

Wahrscheinlicher Beginn der Betreuung:

Voraussichtlich geplante Betreuungsdauer

☐ längere Betreuungsdauer ☐ für ca. Wochen ☐ vom bis

Seniorenbetreuung 24h

- Langzeitbetreuung
- Kurzzeitbetreuung
- Zusatzbetreuung

4. Wünsche zur Betreuungskraft

☐ Besondere Qualifikationen:

☐ Persönliche Eigenschaften:

☐ Führerschein

☐ unbedingt erforderlich

☐ nicht unbedingt erforderlich

☐ PKW vorhanden

☐ Nichtraucher

☐ Bevorzugtes Geschlecht

☐ Dame

☐ Herr

☐ Bevorzugtes Alter

spezieller Alterswunsch:

☐ Zusätzliche Qualifikationen (z.B. Computerkenntnisse, Schriftverkehr, Gartenpflege)

☐ Umgang mit im Haushalt lebenden Tieren

5. Angaben Hauptbezugsperson (weitere gewünschte Bezugspersonen bitte rückseitig angeben)

Name:

Vorname:

Straße:

Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

E-Mail:

Tel (privat):

Tel (dienstl.):

Tel (mobil):

Fax:

Geburtsdatum:* (freiwillige Angabe)

Beruf:* (freiwillige Angabe)

Beziehung zum Senioren:

Versand von Korrespondenz und Rechnung an:

☐ Anschrift von zu betreuender Person

☐ Hauptbezugsperson

☐ Weitere Bezugsperson (bitte rückseitig angeben)

☐ Andere Anschrift

Seniorenbetreuung 24h

- Langzeitbetreuung
- Kurzzeitbetreuung
- Zusatzbetreuung

Zusatzblatt für weitere Angaben

Area for additional information, consisting of 18 horizontal lines.

Zu unserer Information: Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? * (freiwillige Angabe)

- ☐ Private Empfehlung durch wen:
- ☐ Krankenhaus/Pflegedienstempfehlung:
- ☐ Werbung (Zeitung, Broschüre):
- ☐ Internet:
- ☐ Sonstiges:

Area for additional information, consisting of 4 horizontal lines.

Datum und Unterschrift des Senioren oder Unterschriftsberechtigten