



**1. ANGABEN ZUR ZU BETREUENDEN PERSON:**

Vorname / Name:

Geburtsdatum / Alter:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Größe / Gewicht:

Pflegegrad:  beantragt  kein  0  1  2  3  4  5

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst:

ja  nein  geplant

Wenn ja, soll der Pflegedienst auch weiter in Anspruch genommen werden:

ja  nein

In welchem Umfang möchten Sie die Leistungen des Pflegedienstes beibehalten:

---



---



---



---

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

ja Name, Vorname, Alter: \_\_\_\_\_  nein

Falls ja, muss eine dieser Person ebenfalls betreut werden:  ja  nein

Pflegegrad:  beantragt  kein  0  1  2  3  4  5

Damit wir uns einen genauen Überblick über die Betreuungssituation machen können, bitten wir darum für jede der zu betreuenden Personen Angaben zum Gesundheitszustand zu tätigen. Verwenden Sie für eine weitere zu betreuende Person bitte unser Beiblatt unter Punkt Nr. 5.

## 2. GESUNDHEITZUSTAND DER ZU BETREUENDEN PERSON:

Wie ist die Mobilität der zu betreuenden Person:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> uneingeschränkte Mobilität | <input type="checkbox"/> leicht gehbehindert | <input type="checkbox"/> rollatorfähig |
| <input type="checkbox"/> rollstuhlfähig             | <input type="checkbox"/> bettlägerig         |  |

Wie ist der geistige Zustand der zu betreuenden Person:

- |                                   |                                       |                                    |
|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> klar     | <input type="checkbox"/> teilnahmslos | <input type="checkbox"/> apathisch |
| <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> aggressiv    |                                    |

Welche Krankheiten liegen vor:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheder           | <input type="checkbox"/> Asthma            | <input type="checkbox"/> Allergien         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Dekubitus         | <input type="checkbox"/> Demenz            |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung  | <input type="checkbox"/> Osteoporose       | <input type="checkbox"/> Rheuma            |
| <input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang | <input type="checkbox"/> Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Schlaganfall      |
| <input type="checkbox"/> Parkinson               | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____        |  |  |

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten:  ja  nein

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Charakterisieren Sie bitte die zu betreuende Person in folgenden Bereichen:

- |                             |   |  |  |
|-----------------------------|---|--|--|
| <b>Körperpflege:</b>        | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe                 | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| <b>Baden/ Duschen:</b>      | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe                 | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| <b>An-/ Auskleiden:</b>     | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe                 | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| <b>Essen/ Trinken:</b>      | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe                 | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| <b>Urinkontrolle:</b>       | <input type="checkbox"/> kontrolliert   | <input type="checkbox"/> teilweise inkont.             | <input type="checkbox"/> inkontinent             |
| <b>Stuhlkontrolle:</b>      | <input type="checkbox"/> kontrolliert   | <input type="checkbox"/> teilweise inkont.             | <input type="checkbox"/> inkontinent             |
| <b>Schluckstörungen:</b>    | <input type="checkbox"/> keine          | <input type="checkbox"/> hat Störungen                 | <input type="checkbox"/> PEG Sonde               |
| <b>Diät:</b>                | <input type="checkbox"/> keine          | <input type="checkbox"/> ja, welche: _____             |  |
| <b>Ein-/ Durchschlafen:</b> | <input type="checkbox"/> keine Probleme | <input type="checkbox"/> Schlaf-/ Wachrhythmus gestört |  |

Wie oft pro Nacht benötigt der Patient Hilfe:

- |                              |                                |                                  |   |
|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> 1 mal | <input type="checkbox"/> 2-3 mal | <input type="checkbox"/> mehr als 3 mal |
|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---|

Beschreiben Sie bitte in Stichpunkten Wesen und Charakter des Patienten:

(Hobbys, Tagesablauf, Rituale, Sonstiges, Individuelle Hilfestellung)

---

---

### 3. ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUUNGSKRAFT / RAHMENBEDINGUNGEN:

- Geschlecht:**  Frau  Mann  egal
- Alter:**  20 - 30 Jahre  30 - 40  40 - 50  
 älter als 50  egal
- Sprachkenntnisse:**  sehr gut  gut  befriedigend
- Führerschein:**  ja, sehr wichtig  egal
- Nichtraucherin:**  ja, sehr wichtig  egal

Welche besonderen Erwartungen stellen Sie an die Betreuungskraft:

(Charakter, Eigenschaften, Körperliche Belastbarkeit)

---

---

---

- Rahmenbedingungen:**  Großstadt  Kleinstadt  Ländlich
- Wohnsituation:**  Mehrfamilienhaus  Einfamilienhaus  Wohnung
- Einkaufsmöglichkeiten:**  ca. 10 min.  ca. 20-40 min.  ca. 1 Stunde

Kann dem Personal ein separates Zimmer zu Verfügung gestellt werden:

- ja  nein
- Verfügt dieses Zimmer über ein TV Gerät:  ja  nein
- Existiert ein Internetanschluss oder ist die Installation möglich:  ja  nein
- Besteht die Möglichkeit einer Telefonflatrate ins EU-Ausland:  ja  nein

Anmerkungen:

- Freizeit:**  2 Std./Tag  1 Tag/ Woche  nach Absprache
- Dauer der Betreuung:**  1-2 Monate  3 Monate und länger

**Geplanter Beginn der Betreuung:**

- Haustiere:**  keine  ja, welche: \_\_\_\_\_
- Gibt es eine Haushaltshilfe:**  ja  nein

**Wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz:**

Welche weiteren Hilfen benötigt der Patient:

---

---

---



#### 4. INFORMATIONEN ZUM ANSPRECHPARTNER:

Vorname / Name:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Telefon / Fax:	
Mobil:	
E-Mail:	
Verwandtschaftsgrad:	

Wie möchten Sie Ihr Angebot erhalten:			
<input type="checkbox"/> E-Mail	<input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> Fax	
Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden:			
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Prospekte	<input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/> Pflegestützpunkt
<input type="checkbox"/> Andere, welche:	_____		
Ihre Angaben und Informationen werden von uns selbstverständlich vertraulich behandelt.			
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Fragebogen verstanden und gewissenhaft sowie wahrheitsgenau ausgefüllt habe. Ich erteile mein Einverständnis, dass die Lebenshilfe24 GmbH die in diesem Fragebogen enthaltenen, persönlichen Daten im Rahmen meiner Anfrage verwendet.			
Datum: _____	Unterschrift: _____		
Vielen Dank für Ihre Anfrage! Lebenshilfe24 GmbH			



## 5. GESUNDHEITZUSTAND DER WEITEREN ZU BETREUENDEN PERSON:

Wie ist die Mobilität der zu betreuenden Person:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> uneingeschränkte Mobilität | <input type="checkbox"/> leicht gehbehindert | <input type="checkbox"/> rollatorfähig |
| <input type="checkbox"/> rollstuhlfähig             | <input type="checkbox"/> bettlägerig         |  |

Wie ist der geistige Zustand der zu betreuenden Person:

- |                                   |                                       |                                    |
|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> klar     | <input type="checkbox"/> teilnahmslos | <input type="checkbox"/> apathisch |
| <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> aggressiv    |                                    |

Welche Krankheiten liegen vor:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheder           | <input type="checkbox"/> Asthma            | <input type="checkbox"/> Allergien         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Dekubitus         | <input type="checkbox"/> Demenz            |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung  | <input type="checkbox"/> Osteoporose       | <input type="checkbox"/> Rheuma            |
| <input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang | <input type="checkbox"/> Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Schlaganfall      |
| <input type="checkbox"/> Parkinson               | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____        |  |  |

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten:  ja  nein

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Charakterisieren Sie bitte die zu betreuende Person in folgenden Bereichen:

- |                             |   |  |  |
|-----------------------------|---|--|--|
| <b>Körperpflege:</b>        | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe                 | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| <b>Baden/ Duschen:</b>      | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe                 | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| <b>An-/ Auskleiden:</b>     | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe                 | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| <b>Essen/ Trinken:</b>      | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe                 | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| <b>Urinkontrolle:</b>       | <input type="checkbox"/> kontrolliert   | <input type="checkbox"/> teilweise inkont.             | <input type="checkbox"/> inkontinent             |
| <b>Stuhlkontrolle:</b>      | <input type="checkbox"/> kontrolliert   | <input type="checkbox"/> teilweise inkont.             | <input type="checkbox"/> inkontinent             |
| <b>Schluckstörungen:</b>    | <input type="checkbox"/> keine          | <input type="checkbox"/> hat Störungen                 | <input type="checkbox"/> PEG Sonde               |
| <b>Diät:</b>                | <input type="checkbox"/> keine          | <input type="checkbox"/> ja, welche: _____             |  |
| <b>Ein-/ Durchschlafen:</b> | <input type="checkbox"/> keine Probleme | <input type="checkbox"/> Schlaf-/ Wachrhythmus gestört |  |

Wie oft pro Nacht benötigt der Patient Hilfe:

- |                              |                                |                                  |   |
|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> 1 mal | <input type="checkbox"/> 2-3 mal | <input type="checkbox"/> mehr als 3 mal |
|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---|

Beschreiben Sie bitte in Stichpunkten Wesen und Charakter des Patienten:

(Hobbys, Tagesablauf, Rituale, Sonstiges, Individuelle Hilfestellung)

---

---

PLATZ FÜR IHRE NOTIZEN UND FRAGEN

Lined writing area with horizontal lines and a decorative dotted pattern in the center.

