

Fragebogen zur Betreuungssituation

Um Ihnen ein Angebot zu erstellen und die passende ergänzende Hilfskraft zu finden, bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen und uns per Post, fax oder E-mail zurücksenden.

Mit Eingang des Bogens in unserem Unternehmen, werden unsere Service Mitarbeiter, sich Ihren ausgefüllten Fragebogen annehmen und sich schnellstmöglich bei Ihnen melden.

Unsere Kontaktdaten: Am Ullrichsberg 26 in 68309 Mannheim
Tel.: +49-621-74814310
Fax: +49-621-43209069
Mail: info@ihrteam24.de
Berater Mobil: +4915784364552

1. Ansprechpartner für Ihr Team 24 Pflegedienst GmbH

- Ehepartner Schwiegersohn / -tochter
 Sohn / Tochter Sonstiger: _____

Name:	Vorname:
Straße:	Nr.:
PLZ:	ORT:
Tel.:	Handynummer:
Fax:	Email:

2. Zu pflegende Person

Name:	Vorname:
Straße:	Nr.:
PLZ:	ORT:
Tel.:	Handynummer:
Fax:	Email:
Lebt alleine im Haushalt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lebt mit weiteren ___ Person/en im Haushalt

3. Zum Kunden

<p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Körpergewicht: _____ kg</p> <p>Körpergröße: _____ cm</p>	<p>Pflegegrad</p> <p><input type="checkbox"/> kein Pflegegrad</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 1</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 2</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 3</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 4</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 5</p>
<p>Diagnosen</p> <p><input type="checkbox"/> Demenz</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Krebs</p> <p><input type="checkbox"/> Einsamkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Schlaganfall</p> <p><input type="checkbox"/> Angstzustände</p>	
<p style="text-align: center;">Angaben zum Hausarzt</p> <p>Name: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Telefon: _____</p>	
<p>Vorhandene Hilfsmittel</p> <p><input type="checkbox"/> Mit Rollstuhl <input type="checkbox"/> Mit Rollator <input type="checkbox"/> Lift</p> <p><input type="checkbox"/> Ist Bettlägerig <input type="checkbox"/> Pflegebett</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	

4. Pflegerische- und Betreuungstätigkeiten

Pflegerische Tätigkeiten	Betreuungstätigkeiten
<input type="checkbox"/> Große Toilette (Ganzkörperwäsche)	<input type="checkbox"/> Spaziergehen
<input type="checkbox"/> Kleine Toilette (kleine Körperwaschung)	<input type="checkbox"/> Lesen
<input type="checkbox"/> Einfache Hilfe bei der Ausscheidung	<input type="checkbox"/> Handarbeit
<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> Erzählen
<input type="checkbox"/> Zubereitung einer einfachen Mahlzeit	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<input type="checkbox"/> Zubereitung einer i.d.R. warmen Mahlzeit	_____
<input type="checkbox"/> Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	

Haushaltstätigkeiten:

<input type="checkbox"/> Kochen für _____ Personen	<input type="checkbox"/> Einkaufen
<input type="checkbox"/> Waschen / Putzen / Bügeln	<input type="checkbox"/> Wohnfläche reinigen _____qm
<input type="checkbox"/> Haustiere versorgen, welche _____	
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	

5. Angaben zu Pflegekasse

Bei welcher Krankenkasse ist die pflegebedürftige Person versichert	
Versicherungsnummer: _____	Sitz der Vers.: _____
Name der Versicherung: _____	
Anschrift der Versicherung : _____	

6. Bevorzugter Beginn

Zu welchem Datum soll die Versorgung voraussichtlich beginnen:	
1. Wunschdatum: _____	2. Wunschdatum: _____

7. Schilderung Tagesablauf

8. Datenschutzerklärung

Hiermit willige ich, bis auf Widerruf, der Datenerfassung der von mir angegebenen Daten, durch Ihr Team 24 Pflegedienst GmbH ein. Die [Datenschutzerklärung](#) habe ich gelesen und verstanden.

Bevollmächtigter Name: _____ Unterschrift: _____

zu pflegende Person Name: _____ Unterschrift: _____