

### 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 zurückzusenden.

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

**Unsere Kontaktdaten:** K1, 2  
68159 Mannheim  
Tel.: +49 - 621 - 74814310  
Fax: +49 - 621 - 43209069  
Mail: info@ihrteam24.de  
Berater Mobil: +49-157-84364552

### 1. Ansprechpartner für Ihr Team 24 Pflegedienst GmbH

- Ehepartner       Schwiegersohn/ Schwiegertochter  
 Sohn / Tochter       Sonstige: \_\_\_\_\_

Name:	Vorname:
Straße:	Nr.:
PLZ:	ORT:
Tel.:	Handynummer:
Fax:	E-Mail:

### 2. Zu betreuende 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><b>Pflegegrad</b></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><b>Diagnosen</b></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><input type="checkbox"/> _____ -sonstiges-</p>	<p><b>Angaben zum Hausarzt</b></p> <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____ _____ _____</p> <p>Telefon: _____</p>
<p><b>Vorhandene Hilfsmittel</b></p> <p><input type="checkbox"/> mit Rollstuhl</p> <p><input type="checkbox"/> ist bettlägerig</p> <p><input type="checkbox"/> Treppenlift</p> <p><input type="checkbox"/> _____ -sonstiges-</p>	<p><input type="checkbox"/> mit Rollator</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegebett</p> <p><input type="checkbox"/> Patientenhilfer</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	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. Wohnraum für die Betreuungskraft?

<input type="checkbox"/> Geeigneter Wohnraum für die Betreuungskraft kann zur Verfügung gestellt werden.
<input type="checkbox"/> Zimmer
<input type="checkbox"/> Zimmer mit eigenem Bad
<input type="checkbox"/> separate Wohnung
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> Es kann kein Wohnraum für die Betreuungskraft zur Verfügung gestellt werden.

### 6. Angaben zur technischen Ausstattung

Es ist bereits ein Hausnotrufsystem (Notknopf) installiert.

bei Anbieter: \_\_\_\_\_.

Wir benötigen ein Hausnotrufsystem. Bitte nennen Sie uns geeignete Anbieter.

Wir kümmern uns bis zum Versorgungsbeginn selbst um ein Hausnotrufsystem

### 7. Angaben zur Tagespflege

Es werden regelmäßig Angebote einer Tagespflegeeinrichtung genutzt

An folgenden Wochentagen: \_\_\_\_\_

### 8. Angaben zu Pflegekasse

Bei welcher Krankenkasse ist die pflegebedürftige Person versichert

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift der Versicherung : \_\_\_\_\_

### 9. Bevorzugter Versorgungsbeginn

Zu welchem Datum soll die Versorgung voraussichtlich beginnen?

1. Wunschdatum: \_\_\_\_\_ 2. Wunschdatum: \_\_\_\_\_

### 10. Schilderung Tagesablauf

### 11. Datenschutzerklärung

Hiermit willige ich, bis auf Wiederruf, 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: \_\_\_\_\_