

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

Ansprechpartner für Ihr Team 24 Pflegedienst GmbH*

- Ehepartner Schwiegersohn/ Schwiegertochter
 Sohn / Tochter Sonstige: _____

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

1. Zu betreuende Person

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

2. Zum Kunden

<p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Körpergewicht: _____ kg</p> <p>Körpergröße: _____ cm</p>	<p>momentaner 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><input type="checkbox"/> _____</p> <p>-sonstiges-</p>	<p>Angaben zum Hausarzt</p> <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Telefon: _____</p>
<p>Vorhandene Hilfsmittel</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"/> _____</p> <p>-sonstiges-</p>	<p><input type="checkbox"/> mit Rollator</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegebett</p> <p><input type="checkbox"/> Patientenlifter</p>

3. 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: _____	

4. 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.

5. Die Betreuungskraft unterstützende Maßnahmen**

Bei Abwesenheit der Betreuungskraft wird die Versorgung der zu betreuenden Person(en) durch folgende Maßnahmen unterstützt:

- wir verfügen über ein Hausnotruf System und ein Nachweis hierfür kann auf Verlangen erbracht werden.
- Freunde, Familienmitglieder oder zusätzliches Betreuungspersonal sind in der Nähe und jederzeit unmittelbar erreichbar.
- es wurde eine andere technische Lösung installiert (Kamera, App oder ähnliches), mit deren Hilfe erkannt werden kann, ob Hilfebedarf besteht und ein/e Bekannte/r, ein Familienmitglied oder eine weitere zusätzliche Betreuungsperson kann so benachrichtigt werden.

6. Angaben zur Tagespflege

- Es werden regelmäßig Angebote einer Tagespflegeeinrichtung genutzt

An folgenden Wochentagen: _____

7. Angaben zur Pflegekasse

Bei welcher Krankenkasse ist die pflegebedürftige Person versichert?

Name der Versicherung ¹⁾: _____

Versicherung – 9-stellige IK-Nr. ¹⁾: _____

Versichertennummer ¹⁾: _____

Anschrift der Versicherung: _____

¹⁾ die Angaben hierzu finden Sie unten auf der Gesundheitskarte der zu betreuenden Person

8. Bevorzugter Versorgungsbeginn

Zu welchem Datum soll die Versorgung voraussichtlich beginnen?

1. Wunschdatum: _____ 2. Wunschdatum: _____

9. Schilderung Tagesablauf

* Bitte ankreuzen. **Mehrfachnennung möglich.

10. Vollständigkeitsprüfung und Datenschutzerklärung*

- Ich versichere, dass die in diesem Fragebogen gemachten Angaben nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Die Angaben im Fragebogen bilden die Basis aller weiteren Vereinbarungen
- 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: _____