

### 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><b>momentaner 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"/> _____</p> <p>-sonstiges-</p>	<p><b>Angaben zum Hausarzt</b></p> <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</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"/> _____</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 <sup>1)</sup>: \_\_\_\_\_

Versicherung – 9-stellige IK-Nr. <sup>1)</sup>: \_\_\_\_\_

Versichertennummer <sup>1)</sup>: \_\_\_\_\_

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

<sup>1)</sup> 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: \_\_\_\_\_