



# F R A G E B O G E N

zur Ermittlung Ihres individuellen Bedarfs



[www.betreuungmitherzen.de](http://www.betreuungmitherzen.de)





Das Ausfüllen des Fragebogens ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keinem Vertragsabschluss und auch zu keiner Zahlung. Wir benötigen diese Information um Ihnen ein detailliertes und verbindliches Angebot unsererseits erstellen zu können. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig aus und senden Sie diesen (per Post, E-Mail, oder als Foto über WhatsApp) an uns. Wir werden dann sofort mit der Angebotserstellung beginnen und uns umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen.

## ANSPRECHPARTNER

Frau:  Herr:  (bitte ankreuzen)

Vorname:

Nachname:

Strasse:

Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Telefonnummer:

Handynummer:

E-Mail:

## LEISTUNGSEMPFÄNGER

Frau:  Herr:  (bitte ankreuzen)

Vorname:

Nachname:

Strasse:

Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:



## VERHÄLTNIS DES LEISTUNGSEMPFÄNGERS ZUM ANSPRECHPARTNER:

Mutter:  Vater:  Andere:  (bitte ankreuzen)

## WER SOLL VERTRAGSPARTNER WERDEN?

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Leistungsempfänger: \_\_\_\_\_

### Wer bezahlt die Vermittlungsleitung?

Wir benötigen 24/h Pflege und Betreuung: Ja:  Nein:

Stundenweise Pflege und Betreuung: Ja:  Nein:

## GESUNDHEITSMERKMALE

Damit wir die Rundum-Pflege optimal planen und eine geeignete Betreuerin finden können, benötigen wir einige Angaben über den Gesundheitszustand des Patienten. Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

**Liegt ein Pflegegrad vor?** Kein Grad:  Grad 1:  Grad 2:  Grad 3:  Grad 4:  Grad 5:

Alzheimer:  Schlaganfall:  Demenz:  Multiple Sklerose:  Diabetes:  Parkinson:

Tumor:  Herz-Kreislaufkrankung:

### Sonstige Krankheiten:

---

---

---

---

---

---

### Pflegemerkmale: (bitte ankreuzen)

Inkontinenz:  Künstlicher Darmausgang:  Blasenkatheter:  Brille:  Künstliches Auge:



**Sonstige Pflegemerkmale:**

---

---

---

**Mobilität:**

Auch eingeschränkte Bewegung und Selbstständigkeit erfordern viel Aufmerksamkeit, aber auch körperliche Kraft seitens unserer Betreuerinnen. Deswegen ist es für uns wichtig, zu wissen, inwieweit sich der Patient noch selbst helfen kann.

Selbstständig:  Unterstützung:  Gehstock:  Rollstuhl:  Bettlägerig:

**Geistiger Zustand:** Klar:  Depressiv:  Apathisch:  Verwirrt:  Aggressiv:

**Desorientierung:** Keine:  Zeitlich:  Örtlich:

Gerade Patienten mit massiven Orientierungsproblemen benötigen sehr viel Pflege und Aufmerksamkeit, weswegen wir sehr erfahrene Pflegekräfte auswählen.

**Toilettengang:** Selbstständig:  mit Hilfe:  Teilinkontinenz:  Vollinkontinenz:

**Anmerkungen:**

---

---

---

## PFLEGERISCHE TÄTIGKEITEN

**Die Pflegeperson:** muss angehoben werden:  kann dabei mithelfen:  kann selbstständig aufstehen:

**Es bestehen folgende Hilfsmittel:** Treppenhauslift:  Fahrstuhl:

Ein Patient mit Schlafstörungen benötigt oft auch nachts Betreuung und Hilfe. Dieser zeitintensiven Aufgabe werden unsere Betreuerinnen durch ihre 24-Stunden-Rufbereitschaft gerecht.

**Ist eine Überwachung in der Nacht notwendig?** Ja:  Nein:



**Wie oft steht der Patient nachts auf?**

---

**Beschreiben Sie bitte die Nacht:**

---

---

---

**Erfolgt eine Versorgung durch den Pflegedienst?** Ja:  Nein:

**Wenn ja, wie oft täglich?**

---

**Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?**

---

**Soll der Pflegedienst auch weiterhin kommen?** Ja:  Nein:

Falls dieser auch weiterhin in Anspruch genommen werden soll, minimiert sich eventuell der Pflege- und Betreuungsaufwand durch FRIGGA, was wir natürlich in unserem Angebot und Preis berücksichtigen.

**Waschen/Duschen/Baden:** Selbständig:  Unterstützen:  Komplet:

**Bei An- und Auskleiden:** Selbständig:  Unterstützen:  Komplet:

**Hilfestellung beim Stehen/Gehen:** Ja:  Nein:

**Essen/Trinken:** Selbständig:  Unterstützen:

**Aktivierende Betreuung:** Gesellschaftsspiele:  Unterhaltung:

**Spazieren gehen:** mit Gehstock:  Rollstuhl:  Rollator:

**Gibt es eine Haushaltshilfe?** Ja:  Nein:

## HAUSWIRTSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN

**Einkaufen von Lebensmitteln:** Ja:  Nein:

**Reinigung der Wohnung:** Ja:  Nein:

**Kochen:** Ja:  Nein:

**Gartenarbeit:** Ja:  Nein:



## ANGABEN ZUM HAUSHALT

**Art des Haushaltes:** Wohnung:  Haus:

---

**Anzahl der Zimmer:**

**Wohnfläche ca.:**

---

**Anzahl der im Haushalt wohnenden Personen:**

---

**Wer wohnt im Haushalt? (Ehepartner, Verwandte, Bekannte):**

---

**Haustiere:** Ja:  Nein:

**Wenn ja, welche:**

---

**Versorgung der Haustiere erwünscht?** Ja:  Nein:

---

**Wohnort liegt:** in der Stadt:  auf dem Land:  Nächste große Stadt in der Nähe:

---

## ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUER/IN UND RAHMENBEDINGUNGEN

Uns ist wichtig, dass Sie mit Ihrer Betreuungskraft rundum zufrieden sind. Deshalb stehen Ihre Wünsche und Anforderungen für uns im Vordergrund. Bitte beschreiben Sie im Folgenden, was Ihnen im Bezug auf die Pflegerin wichtig ist, damit wir für Sie die ideale 24-Stunden-Betreuung finden.

**Gewünschtes Datum des Einsatzbeginns:**

---

Wir organisieren die An- und Abreise der Pflegekraft und sorgen dafür, dass diese pünktlich direkt zu Ihnen nach Hause kommt.

**Betreuungsdauer:** Langfristig:  Nur für eine kurze Zeit:  Steht noch nicht fest:

**Geplante Dauer des Pflegeeinsatzes:**

---

**Alter des Betreuers:** 20-30:  30-40:  40-50:  Älter als 50:  irrelevant:

**Geschlecht:** Weiblich:  Männlich:  Egal:

**Führerschein mit Fahrpraxis:** Ja, wichtig:  Nein, nicht wichtig:

**Nichtraucher/in:** Ja:  Nein:  Egal:

**Deutschkenntnisse:** 1(sehr gut):  2(gut):  3(befriedigend):  4(ausreichend):  5 (schwach):

**Referenzen/Zeugnisse:** Egal:  Ja, wichtig:  Gern gesehen:



## VORHANDENE AUSSTATTUNG FÜR DIE PFLEGEKRAFT

**Eigenes Bad:** Ja:  Nein:

Bett:  Tisch:  Schrank:  Fernseher:  Internet Anschluss:

**Sonstiges Ausstattung:**

---

---

---

**Haben Sie schon eine „24-Stunden-Pflegebetreuung“ beschäftigt?** Ja:  Nein:

**Wie sind Sie auf Betreuung mit Herzen aufmerksam geworden?**

Internet:  Pflegedienst:  Sozialstation:  Werbung:  Presse/Zeitung:  Bekannte/Freunde:

**Empfehlung von:**

---

---

*Vorname*

---

*Nachname*

---

*Ort/Datum*

---

*Unterschrift*

Ich stimme hiermit zu, dass meine Angaben und Daten zur Beantwortung meiner Angaben elektronisch erhoben und gespeichert werden können. Nachdem Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben werden wir sofort mit der Angebotserstellung beginnen und uns umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen.



# WIR BERATEN SIE GERN

---

damit Sie die passende Pflegekraft erhalten

 0176 - 45998879

 [info@betreuungmitherzen.de](mailto:info@betreuungmitherzen.de)

 Grüner Markt 6  
96047 Bamberg

[www.betreuungmitherzen.de](http://www.betreuungmitherzen.de)

