

FRAGEBOGEN ZUR VERMITTLUNG VON PFLEGEUNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN

	DATUM :
--	---------

Wir bitten Sie diesen Fragebogen so detailliert und leserlich wie möglich auszufüllen. Wenn Sie bei der Beantwortung Hilfe brauchen, rufen Sie uns an **+ 49 4743 27 600 08** oder **+ 49 171 44 10 609**

Angaben zur pflegebedürftigen Person		
Name:	Vorname:	
Anschrift mit PLZ:		Geburtsdatum:
Tel/Handy:	F a x :	Email:

Angaben zu Ansprechpersonen / Angehörigen		
1.Name:	Vorname:	
Anschrift mit PLZ:		
Handy:	Telefonnummer:	Email:
2.Name:	Vorname:	
Anschrift mit PLZ:		
Handy:	Telefonnummer:	Email:
Angehörige: <input type="checkbox"/> leben im gemeinsamen Haushalt <input type="checkbox"/> kommen zu Besuch (wie oft)		

Gesundheitsmerkmale :	
<input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Dekubitus (Druckgeschwür) <input type="checkbox"/> Geistig behindert <input type="checkbox"/> allergische Krankheiten <input type="checkbox"/> eine spezielle Diät <input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten <input type="checkbox"/> MS-Patient <input type="checkbox"/> Gehirnschlag <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Stoma (Darmausgang oder Urinausleitung) <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Probleme mit der Speiseröhre <input type="checkbox"/> Bluthochdruck (Hypertonie) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Diabetes Insulinpflichtig <input type="checkbox"/> Lähmung <input type="checkbox"/> Kreislaufkrankheiten <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Demenz

<input type="checkbox"/> Inkontinenz
Falls ja: <input type="checkbox"/> Wechseln der Windeln <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz

<input type="checkbox"/> Gehbehindert
Falls ja: <input type="checkbox"/> mit Gehstock <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe <input type="checkbox"/> im Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator Bettlägeriger Patient

<input type="checkbox"/> Leichte Demenz <input type="checkbox"/> Mittelgradige Demenz <input type="checkbox"/> Schwere Demenz
Falls ja: DESORIENTIERUNG: <input type="checkbox"/> zur Zeit <input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/> zum Ort

Kommunikationsfähigkeit:
<input type="checkbox"/> vollständig erhalten
<input type="checkbox"/> eingeschränkt bezüglich: <input type="checkbox"/> Sehen <input type="checkbox"/> Hören <input type="checkbox"/> Sprechen <input type="checkbox"/> Verstehen

Pflegegrad:
<input type="checkbox"/> Keine
Wenn, ja welche: 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>
Beantragt: 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> sonstige Krankheiten, bitte erläutern:

WEITERE INFORMATIONEN :
Gewicht der zu pflegenden Person :
Größe der zu pflegenden Person :

Nachtarbeit:
Ist regelmäßig nächtliche Versorgung erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie ist der Versorgungsbedarf? ca. mal, Dauer je ca. Min.
Bestehen besondere Anforderungen an die nächtliche Versorgung? Falls ja bitte erläutern:

Vorhandene Hilfsmittel:

- Rollstuhl Rollator Hebegurt Hebesitz
 Badewannenlift Treppenlift Toilettensitz Pflegebett
 Sonstige:

Angaben zum Haushalt

- Haus Wohnung Flächen zum Sauber halten
 Stadt - ca. Einwohner / nächste größere Stadt:
 Dorf - die nächste größere Stadt km entfernt, erreichbar mit Bus/Zug
 Haustiere - wenn ja, welche
 Internet Flat ja nein Telefon Ausland Flat ja nein

Arbeit im Haushalt:

- Grundreinigung bei Eintreffen notwendig (muss extra berechnet werden)
 Kochen (wie viel Pers.) und wer Bügeln
 Saubermachen Haustierversorgung
 Waschen Leichte Gartenarbeit
 Einkaufen andere (bitte auflisten):

...

Anfallende Pflichten der Betreuerin (außer typischer Haushaltstätigkeiten)

- Tägliche Hilfe beim : Waschen Ankleiden Nahrungsaufnahme
 Leichte pflegerische Tätigkeiten :

...

- Aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele, Unterhaltung)
 Begleitung zur Kulturveranstaltungen (Kino, Konzerte, Familienfeste, andere
 Terminvereinbarungen mit den Ärzten; Begleitung bei Arztbesuchen
 Sportliche Aktivitäten (regelmäßige Gymnastik-Übungen, Spaziergänge, andere
 Andere Leistungen (bitte genau ausführen) :

...

Erwartungen an die polnische Betreuerin (mit Verständigungsmöglichkeit)

- Einsatzbeginn: Vorausgesehene Einsatzdauer:
 Beiderseitige Kündigungsfrist: **14 Tage**
 Alter: egal 22 - 30 30 - 40 40 - 50 50 - 60
 Geschlecht: egal weiblich männlich
 Kräftige Person: egal ja, weil schwergewichtiger Patient

Sprachkenntnisse:	<input type="checkbox"/> gering*	<input type="checkbox"/> einfach*	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> gute*	<input type="checkbox"/> sehr gute*
Führerschein mit Fahrpraxis:	<input type="checkbox"/> ja, wichtig	<input type="checkbox"/> egal			
Referenzen, Zeugnisse:	<input type="checkbox"/> ja, wichtig	<input type="checkbox"/> gern gesehen	<input type="checkbox"/> egal		
Nichtraucherin:	<input type="checkbox"/> ja, wichtig	<input type="checkbox"/> egal			
Tierlieb:	<input type="checkbox"/> ja, wichtig	<input type="checkbox"/> egal			

Freizeit der Betreuerin (je nach Möglichkeit und Absprache):

- ein voller freier Tag monatlich (es muss ein Wochentag zwischen Montag und Freitag sein)
- Stundenweise tägliche Freizeit (Minimum 2-3 St./Tag sind Voraussetzung)
- ein volles freies Wochenende pro Monat
- Urlaub nach Absprache bei Langzeitbetreuung

Einsatz anderer Pflegedienste

- Es wird derzeit kein Pflegedienst in Anspruch genommen.
- Werden außer der polnischen Betreuerin noch andere Pflegepersonen im Haushalt der pflegebedürftigen Person tätig?
- nein ja, und zwar
- Es finden bereits Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes statt
- Bitte geben Sie hier Anschrift und Leistungen an:

...

Wir raten dazu, derzeitig eingesetzte hiesige Pflegedienste, soweit sie von Pflegeversicherungen entlohnt werden, auch weiterhin in Anspruch zu nehmen!

LEISTUNGEN DES LEISTUNGSNEHMERS (BEI STETS FREIER KOST UND LOGIS FÜR BETREUERIN)

Finanzielle Vorstellungen Brutto ab 60 € pro Tag ja nein

+ Übernahme der Fahrkosten (einmalig bei der Anreise der Pflegekraft - 150 Euro) ja nein

Zusätzliche Informationen

Wie sind Sie auf pflego24 aufmerksam geworden?

- Internet : unsere Homepage Suchmaschine (Google etc.)
- Empfehlung durch :

Für evtl. Rückfragen stehen wir Ihnen unter folgender Telefonnummer zur Verfügung: 04743 27 600 08

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Datum und Ort

Unterschrift

Info Sprachkenntnisse:

- * **gering-** es werden einfache Worte und einfache Sätze verstanden, es wird mit einzelnen Wörtern gesprochen
- * **einfach-** einfache Sätze und Zusammenhänge werden verstanden, es wird mit einzelnen Wörtern oder kurzen Sätzen gesprochen
- * **mittlere**
- * **gute-** gute Kenntnisse der deutschen Sprache, kommunikative Verständigung in routinemäßigen Situationen
- * **sehr gute-** gute bis sehr gute Deutschkenntnisse, alltägliche Situationen werden sicher bewältigt

Diesen Fragebogen können Sie uns entweder zurück faxen (+ 49 4743 27 600 11) oder per email an m.kropidlo@pflego24.de zuschicken