

BETREUTE PERSON(EN)

Seite 1

Die Betreuung wird benötigt für:

Einzelperson

Ehepaar (Seite 1-4 doppelt ausfüllen)

Nachname

Vorname

Straße

PLZ Ort

Telefonnr.

Handynr.

Geburtstag

Geschlecht

Größe

Gewicht

Verwandtschaftsgrad/Verhältnis zur Kontaktperson

Hobbies

FOLGENDE KRANKHEITEN UND DIAGNOSEN LIEGEN VOR

altersbedingte Gehschwäche

Herzinfarkt

Stoma

Asthma

Herzinsuffizienz

Tumor

Alzheimer

Herzrhythmusstörung

Sonstiges:

Beginnende Demenz

Hypertonie

Chronische Durchfälle

Inkontinenz

Depression

Multiple Sklerose

Dekubitus

Osteoporose

Demenz

Parkinson

Diabetes

Rheuma

Diabetes insulinpflichtig

Schlaganfall

BETREUTE PERSON(EN)

Seite 2

Liegen ansteckende Krankheiten vor? Ja, folgende
Nein

PROBLEME BEI DER KOMMUNIKATION

Sprache:	keine Probleme	leichte Probleme	starke Probleme
Hörvermögen:	keine Probleme	leichte Probleme	starke Probleme
Sehkraft:	keine Probleme	leichte Probleme	starke Probleme
Hörgerät:	ja	nein	
Brille:	ja	nein	

MOBILITÄT UND TRANSFER

kann alleine laufen	kann alleine Treppen steigen
kann mit Hilfe laufen	kann mit Hilfe Treppen steigen
ist auf einen Rollstuhl angewiesen	Treppen steigen ist nicht möglich
ist bettlägerig	
unklar	

Ist der Transfer (Bett/Rollstuhl) erforderlich? Wenn ja, wie oft
Nein

TOILETTENGANG

selbstständig	Windeln werden benötigt
mit Hilfe	unklar
Teilinkontinenz	
Vollinkontinenz	
Katheter vorhanden	

BETREUTE PERSON(EN)

Seite 3

GEISTIGER ZUSTAND

klar	teilnahmslos
verwirrt	nicht ansprechbar
vergesslich	tagesformabhängig

PFLEGEGRAD

1	4
2	5
3	beantragt

IST REGELMÄSSIGE NACTARBEIT ERFORDERLICH?

Ja Nein unklar

hierzu zählt die tatsächliche Arbeit, keine Bereitschaft.

Wenn ja, wie oft

In welcher Form

PFLEGEDIENST

ja, ist beauftragt	ja, soll weiterhin kommen
nein, ist nicht beauftragt	nein, soll nicht weiterhin kommen

Wenn ja, wie oft kommt der Pflegedienst und für welche Tätigkeiten?

WICHTIGE INFORMATIONEN FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT

Seite 4







NOTWENDIGE TÄTIGKEITEN

- Grundpflege (Körperhygiene, Hilfe beim An- und Auskleiden, Essensaufnahme)
- Hauswirtschaftliche Versorgung (Einkaufen, Kochen, Reinigen)
- Haustierversorgung für
- Kleingartenarbeit
- Mahlzeiten mundgerecht zubereiten/beim Essen helfen
- Begleitung zum Arzt und anderen wichtigen Terminen
- Begleitung zu Festen, Kulturveranstaltungen, Bekannten, u.v.m.
- Korrespondenz mit Kliniken/Einrichtungen
- Begleitung der Familie im Todesfall
- PKW Fahrten übernehmen

Weitere Betreuungstätigkeiten, die Sie wünschen

ANREGUNGEN FÜR WEITERE TÄTIGKEITEN, BEI DENEN SIE EINE BETREUUNGSKRAFT UNTERSTÜTZEN KÖNNTE

Häufig muss man erst ein bisschen Überlegen welche unterstützenden Tätigkeiten die richtigen für Sie oder Ihre hilfebedürftigen Angehörigen sind. Deshalb möchten wir Ihnen ein paar Anregungen mitgeben.

- | | | |
|--|--|---|
|  GRUNDPFLEGE <ul style="list-style-type: none">• Baden und Duschen• An- und Auskleiden• Hilfestellung bei Toilettengängen |  HAUSWIRTSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN <ul style="list-style-type: none">• Einkaufen und Kochen• Wäsche waschen und Putzen• Zimmerpflanzenpflege |  MOTIVIEREN UND MOBILISIEREN <ul style="list-style-type: none">• Hilfestellung bei der Bewegung• Spaziergänge• Gemeinsames Kochen |
|  INDIVIDUELLE BETREUUNG <ul style="list-style-type: none">• Förderung der Hobbies• Förderung sozialer Kontakte• Begleitung bei Behördengängen |  RUFBEREITSCHAFT <ul style="list-style-type: none">• Hilfe bei Toilettengängen |  VERHINDERUNGSPFLEGE <ul style="list-style-type: none">• Urlaubsvertretung• Betreuer Urlaub |

Nicht vergessen: Falls ein Ehepaar betreut werden soll bis hier her doppelt ausfüllen.

ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUUNGSKRAFT

Seite 5

Geschlecht	weiblich	männlich	egal		
Alter	bis 30	ab 30	bis 40	bis 50	egal
Pflegeerfahrung	keine Erfahrungen				
	Grundkenntnisse in der häuslichen Betreuung				
	langjährige Erfahrung in der häuslichen Betreuung				
Deutschkenntnisse	einfach (einfaches Verstehen)				
	mittel (einfaches Verstehen und Sprechen)				
	gut (gutes Verstehen und Sprechen)				
	sehr gut (flüssige Unterhaltung möglich)				
Kochkenntnisse	ja	nein			
Raucher	ja	nein	egal		
Tierlieb	ja	nein	egal		
Körperliche Verfassung	sportlich	kräftig	normal	egal	
PKW Führerschein	ja	nein	egal		

Weitere Details, auf die individuellen Bedürfnisse und Interessen gerichtet (z. B. Hobbies)

RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT

Seite 6

ANGABEN ZUR WOHSITUATION- UND LAGE

Einfamilienhaus	gelegentlich in	Großstadt, zentral	Mit ca.
Mehrfamilienhaus		Großstadt, abseits	
Wohnung		Kleinstadt	Einwohnern
Zimmer		Dorf	
Einkaufsmöglichkeiten	ja, vor Ort	nein, ca.	km entfernt.
Gibt es Haustiere im Haushalt?	Ja und zwar		
	Nein		

ANGABEN ZUM BETREUUNGSUMFELD

Spezielle Vorrichtungen (z. B. Badewannenlift, Treppenlift, Fahrstuhl) vorhanden:

Beschreibung der Unterkunft/des Zimmers der Betreuungskraft (Lage, Größe, Einrichtung, etc.)

Ausstattung der Unterkunft/des Zimmers

Fernseher	Radio
Internetzugang/WLAN	Eigenes Bad
Telefon	Eigene Küchenzeile

Verpflegung der Betreuungskraft

Inklusive Verpflegung (Betreuungskraft kauft für alle gemeinsam ein und kocht)

Exklusive Verpflegung (Betreuungskraft bekommt ein wöchentliches Taschengeld für die Verpflegung)

RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT

Seite 7

FREIZEIT AUSGLEICH FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT

1 ganzer Tag pro Woche (8 Stunden)

2x 1/2 Tag pro Woche (je 4 Stunden)

zusätzlich eine tägliche Mittagspause von mindestens 1 Stunde

ANGABEN ZUM BETREUUNGSBEGINN

Ab wann soll die Betreuung stattfinden?

Wie lange ist die voraussichtliche Dauer der Betreuung?

langfristig

nur für kurze Zeit

steht noch nicht fest

Die nächsten zwei bis drei Bahnhöfe sind wo?

Wer holt die Betreuungskraft ab? (Name und Telefonnummer)

KONTAKTPERSON/ AUFTRAGGEBER

Nachname

Vorname

Straße

PLZ Ort

Telefonnr.

Handynr.

Fax

E-Mail

Wer ist der
Rechnungsempfänger?

Auftraggeber

Betreute Person

gesetzlicher Betreuer

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Seite 8

- durch Empfehlung
- Flyer/Broschüre
- Radiobeitrag oder Fernsehbeitrag namens
- Pflegedienst
- Werbeanzeige in
- Arzt
- Beratungsstelle mit dem Namen
- Suchmaschine im Internet (Google, Bing, etc.)
- Website
- Sonstiges

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass Frau Dominika Tigges, handelnd unter domisano, die in diesem Fragebogen enthaltenen, persönlichen Daten zur Kontaktperson bzw. zum Hilfebedürftigen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Soweit es für die Bearbeitung meiner Anfrage notwendig ist, werden diese Daten an Vertragspartner weitergegeben, welche die Daten benötigen, um mir ein Vertragsangebot und einen Personalvorschlag zur Betreuung des Hilfebedürftigen zu unterbreiten. Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten über den Hilfebedürftigen befugt zu sein.

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift

domisano

Dominika Tigges
Am Rippinger Weg 67
33098 Paderborn

Kontaktmöglichkeiten

Tel.: 05251 7094402
Fax: 05251 7094493
E-Mail: info@domisano.com | info@domisano.de