

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	Vorlagen 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 NACHTARBEIT ERFORDERLICH?

Ja Nein unklar

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?

HAUS-NOTRUF-DIENST

ist vorhanden	kann bei Bedarf installiert werden
---------------	------------------------------------

WICHTIGE INFORMATIONEN FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT

Seite 4

NOTWENDIGE TÄTIGKEITEN

Unterstützung bei der Grundpflege (z.B. Körperhygiene, Hilfe beim An- und Auskleiden, Fingernägel schneiden, Toilettengänge)

Hauswirtschaftliche Versorgung (Einkaufen, Kochen, Reinigen)

Haustierversorgung für

Mahlzeiten mundgerecht zubereiten/beim Essen helfen

Begleitung zum Arzt und anderen wichtigen Terminen

Begleitung zu Festen, Kulturveranstaltungen, Bekannten, u.v.m.

Förderung der Hobbies und Interessen von ...

Korrespondenz mit Kliniken/Einrichtungen

Begleitung der Familie im Todesfall

PKW Fahrten übernehmen

Weitere Betreuungstätigkeiten, die Sie wünschen

ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUUNGSKRAFT

Seite 5

Geschlecht	weiblich	männlich	diverse	egal		
Alter	bis 30	ab 30	bis 40	ab 40	ab 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 (der Wohnung oder des Zimmers) für die 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

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 / Ärztin
- Beratungsstelle mit dem Namen
- Suchmaschine im Internet (Google, Bing, etc.)
- Website
- Krankenhaus
- Sonstiges

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die domisano UG (haftungsbeschränkt) 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

FREIZEIT AUSGLEICH

FREIZEIT AUSGLEICH FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT

Freizeitausgleich von einem ganzem Tag die Woche und zwei bis drei Stunden täglich ist erforderlich.

muss akzeptiert werden

Ort, Datum

Unterschrift