



Fragebogen zur Vermittlung einer 24 Stunden Betreuerin

I. Zu betreuende Person(en) / ein oder zwei Personen die in einem gemeinsamen Haushalt leben

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Anschrift & Erreichbarkeit

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

II. Ansprechperson - (falls abweichend von Punkt 1)

Name: _____ Vorname: _____

(Verwandtschafts-) Verhältnis zu der pflegenden Person _____

Anschrift & Erreichbarkeit

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

III. Angaben zu der betreuenden Person

Angehörige Leben im gemeinsamen Haushalt Kommen zu Besuch - wie oft? _____

Keine Angehörigen / kein Kontakt

Kurze Beschreibung des Gesundheitszustandes

Welche chronischen Erkrankungen liegen vor? _____

Gibt es Allergien? Wenn ja, welche? _____

Soll die Betreuerin Diät kochen, wenn ja welche bzw. worauf ist zu achten?



Pflegegrad: beantragt 0 1 2 3 4 5 Härtefall

Kommt der ambulante Pflegedienst zur Unterstützung? Nein Ja, wie oft _____

Welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst? _____

Körperliche Verfassung:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Haut intakt offene Wunden, welche: _____

Schmerzen immer häufig selten

Akute Erkrankungen: _____

Geistiger Zustand:

verbale Kommunikation möglich leichte Vergesslichkeit fortgeschrittene Demenz

Medikamente:

Wer soll die Medikamente verabreichen? Betreuerin Angehörige Pflegedienst

Mobilität:

kann allein gehen kann mit Hilfe gehen bettlägerig

An- und Auskleiden: selbständig: ja nein

Essen und Trinken: selbständig: ja nein

Toilette:

Selbständig mit Hilfe Inkontinenz: teilweise vollständig Dauerkatheter

Duschen/Baden:

Selbständig mit Hilfe Hilfsmittel Welche: _____

IV. Haushalt

Haus Wohnung Zimmeranzahl _____ Fläche, die sauber gehalten werden muss: ca. _____ m²

Gibt es Haustiere? ja nein Wenn ja, welche? _____

Garten ja nein Sind leichte Gartenarbeiten erwünscht? ja nein



V. Lieblingsbeschäftigungen, Interessen, Hobbys

Nachtruhe

Geht um _____ Uhr zu Bett Steht um _____ Uhr auf

Schlaf und Wachrhythmus gestört: ja nein Braucht nachts Hilfe ja nein weiß nicht

VI. Wünsche bezüglich der Betreuerin

1. Arbeitsbeginn _____ Wunsch-Datum _____
 2. Gute Deutschkenntnisse: sehr wichtig wichtig weniger wichtig
 3. Führerschein mit Fahrpraxis: notwendig nicht nötig
 4. Nichtraucherin: wichtig nicht notwendig
 5. Transport und Begleitung zum Arzt: ja nein
 6. Geschlecht weiblich männlich egal
 7. Besondere Erwartungen und Wünsche an die Betreuerin:

-

VII. Ausstattung des Zimmers für die Betreuerin

Ist ein eigenes Zimmer für die Betreuerin vorhanden? ja nein kann organisiert werden

Wo befindet sich das Zimmer? _____

Ausstattung: Bett Schrank Tisch Radio TV Internetanschluss

Eigenes Bad vorhanden? ja nein

Freizeitregelung

Freizeit pro Tag _____ Stunden oder (nach Möglichkeit 2 Std.)

pro Woche _____ Stunden /wann? _____ (nach Möglichkeit 4 Std.)

Nach Absprache bei Arbeitsbeginn

Ihre Angaben benötigen wir, um eine/n für Sie geeignete/n und passende/n Betreuer/in zu finden. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und dienen ausschließlich der Vermittlung. Fügen Sie bitte ein separates Blatt bei, sofern dies zur Vervollständigung Ihrer Angaben nützlich ist.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____