

# Fragebogen



herzensgut  
SENIORENBETREUUNG

## 1. ANGABEN ZUM ANSPRECHPARTNER

Name | Vorname

Straße | Hs-nr.

PLZ

Ort

Ihr Verhältnis zur betreuenden Person

Ehepartner|in  Tochter|Sohn  Enkel|in  Gesetzl. Betreuer|in

Wer ist unser Vertragspartner

Ansprechpartner  Leistungsempfänger

## 2. INFORMATIONEN ZUR BETREUENDEN PERSON

Name

Straße | Hs-nr.

PLZ

Ort

Größe cm

Gewicht kg

Raucher

ja  nein

Pflegegrad beantragt

ja  nein

Pflegegrad 0 - 5

Familienstand

ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

Alter

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst

ja  nein  geplant

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden

ja  nein  Tätigkeit

Leben weitere Personen im Haushalt?

ja  nein

Name

Alter

Mitbewohner auch hilfsbedürftig?

ja  nein

Verhältnis zum Mitbewohner



### 3. ANGABEN ZUR DERZEITIGEN ZUSTAND DER ZU BETREUENDEN PERSON

Folgende Krankheiten / Einschränkungen bestehen

<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Folgen von Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Depression

Demenz

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht [normale Altersdemenz]	<input type="checkbox"/> fortgeschritten	<input type="checkbox"/> schwer
--------------------------------	--	--	---------------------------------

Sonstige festgestellte Krankheiten/Einschränkungen

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?
-------------------------------	-----------------------------	---------

Liegt eine ansteckende Krankheit vor?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?
-------------------------------	-----------------------------	---------

Sehkraft

<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> blind	Brille	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
------------------------------	--	--------------------------------	--------	-----------------------------	-------------------------------

Hörkraft

<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> taub	Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
------------------------------	--	-------------------------------	----------	-----------------------------	-------------------------------

Sprache

<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
------------------------------	--	--	----------	-----------------------------	-------------------------------

Urinkontrolle

<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise kontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	Hilfsmittel
------------------------------------	--	--------------------------------------	-------------

Stuhlkontrolle

<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise kontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	Hilfsmittel
------------------------------------	--	--------------------------------------	-------------

### 4. MOBILITÄT

Bewegung

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> überwiegend Rollstuhl	<input type="checkbox"/> bettlägrig
--	--	--	-------------------------------------

Treppensteigen

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Treppenlift
--	--	--	--------------------------------------

Transfer Bett / Rollstuhl

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> hilft mit	<input type="checkbox"/> muss vollständig von der Betreuungskraft übernommen werden
--	------------------------------------	---



### Toilette

selbstständig     braucht Hilfe     teilkontinent     vollinkontinent

### Welche Hilfsmittel sind bereits vorhanden?

Gehstock     Rollator     Rollstuhl     Pflegebett

Toilettenstuhl     Treppenlift     Badewannenlift     Duschhocker

### Sonstige Hilfsmittel

## 5. HYGIENE

### Gesicht

selbstständig     hilft mit     muss vollständig von der Betreuungskraft übernommen werden

### Oberkörper

selbstständig     hilft mit     muss vollständig von der Betreuungskraft übernommen werden

### Unterkörper

selbstständig     hilft mit     muss vollständig von der Betreuungskraft übernommen werden

### Intimbereich

selbstständig     hilft mit     muss vollständig von der Betreuungskraft übernommen werden

### Rasur

selbstständig     hilft mit     muss vollständig von der Betreuungskraft übernommen werden

### Haarpflege

selbstständig     hilft mit     muss vollständig von der Betreuungskraft übernommen werden

### Zahnpflege

selbstständig     hilft mit     muss vollständig von der Betreuungskraft übernommen werden

### Zahnprothese / Zahnteilprothese vorhanden?

ja     nein



### 6. LEBEN

An- / Ausziehen

selbstständig     hilft mit     muss vollständig von der Betreuungskraft übernommen werden

Essen / Trinken

selbstständig     hilft mit     muss vollständig von der Betreuungskraft übernommen werden

Diät

keine     ja, welche

### 7. CHARAKTER

Geistiger Zustand

klar     verwirrt     teilnahmslos     nicht ansprechbar

Besteht bei der betreuten Person eine Weglauftendenz?

ja     nein

Angaben zum Wesen der betreuten Person

liebevoll/herzlich     ruhig/zurückhaltend     selbstbestimmt/dominant

Sonstige Bemerkung

### 8. SCHLAFVERHALTEN

Schlafstörungen

keine     gelegentlich     Schlaf/Wachrhythmus gestört

Wie oft steht die betreute Person nachts auf oder benötigt Hilfe?

nie     1     2-3 mal     öfter

Bekommt die betreute Person Schlafmittel?

ja     nein



### 9. ANFORDERUNGEN AN DAS BETREUUNGSPERSONAL

Geschlecht

weiblich  männlich  keine Präferenz

Ist ein Führerschein nötig?

ja  nein  wünschenswert

Sprachkenntnisse. Die Betreuungsperson sollte über folgende Deutschkenntnisse verfügen:

gut  Grundkenntnisse

Verständigung in einer anderen Sprache ist möglich?

nein  ja Welche?

Welche besonderen Erwartungen stellen Sie an die Betreuungskraft?

### 10. RAHMENBEDINGUNGEN

Wohnsituation des Betreuten

Wohnung  Einfamilienhaus  Doppel-/Reihenhaus  Sonstige

Barrierefreiheit

ja  nein  Garten  ja  nein  Haustiere  ja  nein

Lage

Dorf  Kleinstadt  Großstadt

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß

10 Min  20 Min  40 Min  60 Min  mehr als 1 Stunde

Entfernung der nächstgelegenen Verkehrsanbindung Bus, Straßenbahn, U-Bahn, Zug

Ist ein eigenes, möbliertes Zimmer für die Betreuungskraft [ Bett, Schrank, Tisch, Stuhl ] beheizbar und abschließbar vorhanden?

ja  nein



Badezimmer

Eigenes  Badmitbenutzung

Sonstige Ausstattung

PC  Internet  TV  Radio  Telefon

Kommunikationsmöglichkeiten für die Betreuungskraft

Internet  Festnetz  Festnetz mit Flatrate EU-Ausland

**11. SONSTIGE UNTERSTÜTZUNG**

Folgende sonstige Tätigkeiten werden von der Betreuungsperson gewünscht

Begleitung zum Arzt  Spaziergängen  
 Einkäufe / Besorgungen  Kochen / Essensvorbereitung  Waschen / Bügeln  
 ja  nein  ja  nein  ja  nein  
 Aufräumen  Versorgung Haustiere  
 ja  nein  ja  nein

Gibt es eine Haushaltshilfe?

ja  nein

Welche weitere Hilfe benötigt der Betreute im Haushalt?

**12. ZEITPUNKT BETREUUNG**

Ab wann wird die Betreuung benötigt?

Zeitraum

1 Monat  bis zu 3 Monate  auf unbestimmte Zeit



Weitere Mitteilungen an uns.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet

Empfehlung

Anzeige

Flyer

Der Kundenfragebogen dient als Leistungsbeschreibung für den Vermittler und den polnischen Dienstleister und wird nach Abschluss Bestandteil des abgeschlossenen Vertrages.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Erhebungsbogen verstanden und wahrheitsgemäß ausgefüllt habe.

Ich erteile mein Einverständnis an die Herzensgut-Seniorenbetreuung Agnieszka Owsianik, dass die in diesen Fragebogen enthaltenen persönlichen Daten im Rahmen meiner Anfrage verwendet. Ebenso erlaube ich, soweit es für die Bearbeitung meiner Anfrage notwendig ist, die Angaben an ausländische Kooperationspartner weiterzugeben. Zudem versichere ich, zur Angabe und Weiterleitung der angegebenen persönlichen Daten über die hilfsbedürftige Person berechtigt zu sein.

Ort, Datum

Unterschrift