

DER FRAGEBOGEN

.....
Name und Vorname den Kunden

.....
Name und Vorname den Patienten/in

Nähere Umstände zum Einsatz einer Seniorenbetreuerin:

I. Leistungsnehmer

- eine oder zwei Personen im gemeinsamen Haushalt lebend:

1. Name: Vorname: Geburtsdatum:

2. Name: Vorname: Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Mobil:

E-mail:

II. Ansprechpartner / Auftraggeber (wenn anders als Punkt I):

Name: Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Mobil:

E-mail:

III. Angaben zum Leistungsnehmer und zum Haushalt:

1. Angehörige:

- leben im gemeinsamen Haushalt
- kommen zum Besuch (wie oft?):

2. Die zu pflegende Person(en) in Pflegegrad eingestuft:

- I II III IV V beantragt

3. Kommunikationsfähigkeit:
- vollständig erhalten
 - eingeschränkt bezüglich:
 - sehen
 - hören
 - sprechen
 - verstehen

4. Gewicht und Grösse der zu pflegenden Person:kg /cm
- die betreuende Person muss angehoben werden
 - die betreuende Person kann mithelfen

Es bestehen Hilfsmittel:

- | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Hebegurt | <input type="radio"/> Pflegebett | <input type="radio"/> Toilettenstuhl |
| <input type="radio"/> Wannendifter | <input type="radio"/> Dekubitusmatratze | <input type="radio"/> Hebelifter |
| <input type="radio"/> Treppenlift | <input type="radio"/> Rollator | <input type="radio"/> Rollstuhl |
- andere:

5. Gesundheitsmerkmale:

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Alzheimer | <input type="radio"/> Demenz | <input type="radio"/> Inkontinenz |
| <input type="radio"/> Schwerhörigkeit | <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> geistig behindert |
| <input type="radio"/> MS-Patient | <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Diabetes |
| <input type="radio"/> Tumor | <input type="radio"/> Sehbehinderung | <input type="radio"/> Dekubitus |
| <input type="radio"/> Parkinson | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Kreislauferkrankung |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> Stoma | <input type="radio"/> aggressives Verhalten |
| <input type="radio"/> paranoische Vorstellungen | | |

Sonstige Krankheiten – bitte erläutern:

.....

.....

6. Mobilität:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> ohne Einschränkungen | <input type="radio"/> leicht eingeschränkt |
| <input type="radio"/> eingeschränkt | <input type="radio"/> Bettlägerigkeit |

7. Ausscheidung:

- | | | | |
|-------|---------------------------------|---|-----------------------------------|
| Urin | <input type="radio"/> kontinent | <input type="radio"/> teilweise inkontinent | <input type="radio"/> inkontinent |
| Stuhl | <input type="radio"/> kontinent | <input type="radio"/> teilweise inkontinent | <input type="radio"/> inkontinent |

- Hilfsmittel:
- | | | |
|--------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Vorlagen | <input type="radio"/> Vorlagen (Intim) | <input type="radio"/> Urinflasche |
| <input type="radio"/> Stoma | <input type="radio"/> Katheter | |

8. Nahrungsaufnahme:

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> selbstständig | <input type="radio"/> braucht Hilfe | <input type="radio"/> volle Übernahme | <input type="radio"/> Essen herrichten |
| <input type="radio"/> Essen Mundgerecht herrichten / schneiden | | | |
| <input type="radio"/> teilweise Essen und Getränke anreichen | | | |

9. Hilfestellung in der Nacht: ja nein bei Bedarf

Wenn ja, wie soll diese ablaufen?

Wie oft wird die Hilfestellung in der Nacht gebraucht?.....

10. Wie ist der Patient von Wesen und Charakter – kurze Beschreibung (freiwillige Eingabe):

.....

11. Tagesablauf:

Wann steht der Patient auf – Uhrzeit:

Mittagsschlaf – Uhrzeit:

Wann geht der Patient ins Bett – Uhrzeit:

12. Arbeit im Haushalt:

kochen bügeln einkaufen waschen
 saubermachen Fenster putzen andere:

13. Wohnsituation:

Haus Wohnung
 Garten vorhanden: ja nein
 Internet ja nein

Stadt, ca. Einwohner / nächste größere Stadt:

Dorf / nächste größere Stadt:

erreichbar mit

Haustiere, wenn ja, welche:

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß:

ca.10 Min. ca.20 Min. ca. 40 Min. länger

IV. Erwartungen an die polnischen Betreuerin (mit Verständigungsmöglichkeit):

1. Einsatzbeginn:

2. Vorausgesetzter Einsatzdauer:

3. Geschlecht: egal weiblich männlich

4. Alter: egal 20-30 30-40 40-50 50-60

5. Sprachkenntnisse: gut mittel ausreichend

6. Kräftige Person: egal ja, da schwergewichtiger Patient

7. Führerschein mit Praxis: egal ja, wichtig gern gesehen

8. Referenzen, Zeugnisse: egal ja, wichtig gern gesehen

9. Nichtraucherin: egal ja, wichtig

10. Tierlieb: egal ja, wichtig

V. Anfallende Pflichten als Betreuerin (außer typischen Haushaltstätigkeiten):

1. Hilfe beim: Nahrungsaufnahme waschen ankleiden

2. Leichte pflegerische Tätigkeiten:

- Spazieren gehen: mit Gehstock mit Gehhilfe im Rollstuhl

- aktivierende Betreuung: Gesellschaftsspiele Unterhaltung vorlesen

- wechseln der Vorlagen: ja nein

- andere, bitte genau erläutern:

.....

VI. Einsatz anderer Pflegedienste:

Es wird derzeit kein Pflegedienst in Anspruch genommen

Es finden bereits Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes statt

- Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

.....

Wir raten dazu, derzeitig eingesetzte heutige Pflegedienste, soweit sie von Pflegeversicherung entlohnt werden, auch weiterhin in Anspruch zu nehmen.

Ist der Patient schon einmal im Altenheim gewesen? ja nein

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.

Datenschutzerklärung: Der Auftragnehmer verarbeitet die personenbezogenen Daten des Kunden im Einklang mit dem europäischen Datenschutzrecht. Die personenbezogenen Daten werden ausschließlich insoweit erhoben und verwendet als dies zur Vertragsabwicklung erforderlich ist. Ohne gesetzliche Grundlage oder ausdrücklicher Einwilligung des Kunden werden seine Daten nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten des Kunden werden nach Ablauf der durch steuer- und handelsrechtlichen Vorschriften vorgegebenen Fristen gelöscht, sofern der Kunde nicht ausdrücklich der weiteren Verwendung zustimmt. Der Kunde hat ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung seiner Daten. Diesbezügliche Verlangen sind an den Auftragnehmer zu richten (Vista Care Sp. z o.o. Sp. k., ul. Staromiejska 6/10c, 40-013 Katowice, Polen, E-Mail: info@vista-hr.pl).

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift