



Fragebogen zur Seniorenbetreuung und Haushaltshilfe

Bitte leserlich ausfüllen

Name der Kontaktperson/ Auftraggeber		Name der zu betreuenden Person	
Vorname der Kontaktperson/ Auftraggeber		Vorname der zu betreuenden Person	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Anschrift		Anschrift	
Festnetz		Festnetz	
Mobil		Mobil	
Email		Pflege-grad	Größe Gewicht

Gesundheitszustand: <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Sonstiges: -----	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Taub/Blind <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> BTM <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen	Mobilität: <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> leicht gehbehindert <input type="checkbox"/> bettlägrig <input type="checkbox"/> am Rollator <input type="checkbox"/> im Rollstuhl	Eingesetzte Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Pflegebett <input type="checkbox"/> Badelift <input type="checkbox"/> Treppenlift <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	Geistiger Zustand: <input type="checkbox"/> zeitlich orientiert <input type="checkbox"/> örtlich orientiert <input type="checkbox"/> situativ orientiert <input type="checkbox"/> zur eigenen Person orientiert
--	--	---	---	--	--

Im Alltag ist die Person: <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center;">Selbständig</td> <td style="text-align:center;">Braucht Unterstützung</td> <td style="text-align:center;">Komplett hilfbedürftig</td> </tr> <tr> <td>Körperpflege</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>An-/Auskleiden</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Baden/ Duschen</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Essen / Trinken</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Toilettengang</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Laufen</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Treppensteigen</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Selbständig	Braucht Unterstützung	Komplett hilfbedürftig	Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baden/ Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige an der Betreuung beteiligten Personen/Einrichtungen: Pflegedienst: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie oft ----- Haushaltshilfe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie oft ----- Tagespflege: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie oft ----- Essen auf Räder: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie oft -----
	Selbständig	Braucht Unterstützung	Komplett hilfbedürftig																														
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Baden/ Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Laufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														

Familienstand:	Konfession:
----------------	-------------

Wesen und Charakterzüge:

Hobbys:

Rituale:



Fragebogen zur Seniorenbetreuung und Haushaltshilfe

Bitte leserlich ausfüllen

Schluckstörungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Besondere Diät: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche		Raucherhaushalt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche			Sind nächtliche Einsätze notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie oft		
Wohnt und schläft die Person auf eine Ebene? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Soll Hilfestellung beim Treppensteigen geleistet werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie viele Treppen		
Leben weitere Personen im zugehörigen Haushalt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche			Gibt es Haustiere? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche		
Ab wann wird die Betreuungskraft benötigt?			Für wie lange wird die Betreuungskraft benötigt?		
Wer ist Rechnungsempfänger? <input type="checkbox"/> Auftraggeber <input type="checkbox"/> betreute Person			An wen soll die Rechnung zugeschickt werden? <input type="checkbox"/> Auftraggeber <input type="checkbox"/> betreute Person		
Bezug des Auftraggebers zu der zu betreuenden Person: <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Enkel/in <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Sonstiges					
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden: <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Empfehlung					
Wohnsituation: <input type="checkbox"/> Großstadt <input type="checkbox"/> Kleinstadt <input type="checkbox"/> Ländlich <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Wohnung					
Rahmenbedingungen: Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß: <input type="checkbox"/> ca. 10 Minuten <input type="checkbox"/> ca. 20-40 Minuten <input type="checkbox"/> ca. 1 Stunde Separates Badezimmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Internetanschluß: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein TV Gerät: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anmerkungen:			Ihre Wünsche an die Betreuungskraft: Geschlecht: <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> egal Alter: <input type="checkbox"/> 20-30 Jahre <input type="checkbox"/> 30-40 Jahre <input type="checkbox"/> 40-50 Jahre <input type="checkbox"/> älter als 50 <input type="checkbox"/> egal Sprachkenntnisse: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> egal Führerschein: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> egal Raucher /-in: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> egal		
Ihre Erwartungen an die Betreuungskraft:					
Notfallkontakt:					
Anmerkungen:					
Datum und Unterschrift:					