# Fragebogen
## zur Betreuungssituation

**Ihr Team 24**
Pflegedienst

Um Ihnen ein Angebot zu erstellen und die passende Betreuungskraft aus unserem Team einzuplanen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und uns per Post, Fax oder E-Mail zurückzusenden. Nach Eingang des Bogens melden sich unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schnellstmöglich bei Ihnen; auf neue Anfragen rufen wir binnen 2 Stunden zurück, am selben Tag.

**Unsere Kontaktdaten:** Ihr Team 24 Pflegedienst GmbH · K1, 2 · 68159 Mannheim · Tel.: +49 621 74814310 · Fax: +49 621 43209069 · E-Mail: info@ihrteam24.de

### Ansprechpartner für Ihr Team 24 Pflegedienst GmbH*

☐ Sohn / Tochter

☐ Ehepartner

☐ Schwiegersohn / Schwiegertochter

Sonstige: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Handynummer: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

### 1. Zu betreuende Person

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Handynummer: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

☐ Lebt allein im Haushalt*

☐ Lebt mit weiteren ___ Person/en im Haushalt

# Fragebogen
## zur Betreuungssituation

Ihr Team 24
Pflegedienst

### 2. Zum Kunden

Geburtsdatum: _____

Körpergewicht (kg): _____

Körpergröße (cm): _____

### Momentaner Pflegegrad *

☐ Kein Pflegegrad
☐ Pflegegrad 1
☐ Pflegegrad 2
☐ Pflegegrad 3
☐ Pflegegrad 4
☐ Pflegegrad 5

### Diagnosen **

☐ Demenz
☐ Diabetes
☐ Krebs
☐ Einsamkeit
☐ Schlaganfall
☐ Angstzustände

sonstige: _____

### Angaben zum Hausarzt

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

### Vorhandene Hilfsmittel

☐ mit Rollator
☐ mit Rollstuhl
☐ ist bettlägerig
☐ Pflegebett
☐ Treppenlift
☐ Patientenlifter

sonstige: _____

(ggf. gesondertes Blatt benutzen)

# Fragebogen
zur Betreuungssituation

Ihr Team 24
Pflegedienst

## 3. Pflegerische und Betreuungstätigkeiten **

**Pflegerische Tätigkeiten**

☐ Große Toilette (Ganzkörperwäsche)

☐ Kleine Toilette (kleine Körperwaschung)

☐ Einfache Hilfe bei der Ausscheidung

☐ An- und Auskleiden

☐ Zubereitung einer einfachen Mahlzeit

☐ Zubereitung einer i. d. R. warmen Mahlzeit

☐ Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

**Betreuungstätigkeiten**

☐ Spazierengehen

☐ Lesen / Gesellschaftsspiele

☐ Handarbeit

☐ Erzählen

Sonstiges: _____

**Haushaltstätigkeiten**

☐ Kochen für ___ Personen

☐ Waschen / Putzen / Bügeln

☐ Einkaufen

☐ Wohnfläche reinigen ___ qm

Haustiere versorgen, welche: _____

Sonstiges: _____

## 4. Wohnraum für die Betreuungskraft *

Geeigneter Wohnraum für die Betreuungskraft kann zur Verfügung gestellt werden:

☐ Zimmer

☐ Zimmer mit eigenem Bad

☐ separate Wohnung

☐ Es kann kein Wohnraum für die Betreuungskraft zur Verfügung gestellt werden.

sonstiges: _____

# Fragebogen
## zur Betreuungssituation

Ihr Team 24
Pflegedienst

### 5. Der siebte Tag und Ausfälle **

Ihre Betreuungskraft ist sechs Tage pro Woche bei Ihnen. Den siebten Tag übernehmen in der Regel Angehörige oder Nachbarn; die Kosten dafür kann die Verhinderungspflege tragen (ab Pflegegrad 2). Fällt die Kraft aus, setzen wir in der Regel am selben Tag eine Ersatzkraft ein.

Den siebten Tag übernimmt (Name, Telefon): _____

☐ Ein Hausnotruf-System ist vorhanden.

☐ Freunde, Familienmitglieder oder Nachbarn sind in der Nähe und erreichbar.

☐ Eine technische Lösung ist installiert (z. B. Kamera, App), mit der ein Hilfebedarf erkannt werden kann.

### 6. Angaben zur Tagespflege

☐ Es werden regelmäßig Angebote einer Tagespflegeeinrichtung genutzt.

An folgenden Wochentagen: _____

### 7. Angaben zur Pflegekasse

Bei welcher Krankenkasse ist die pflegebedürftige Person versichert? (Die Angaben finden Sie auf der Gesundheitskarte.)

Name der Versicherung: _____

Versicherung – 9-stellige IK-Nr.: _____

Versichertennummer: _____

Anschrift der Versicherung: _____

### 8. Bevorzugter Versorgungsbeginn

Zu welchem Datum soll die Versorgung voraussichtlich beginnen?

1. Wunschdatum: _____

2. Wunschdatum: _____

# Fragebogen
zur Betreuungssituation

Ihr Team 24
Pflegedienst

## 9. Schilderung Tagesablauf

## 10. Vollständigkeitsprüfung und Datenschutzerklärung *

Ich versichere, dass die in diesem Fragebogen gemachten Angaben nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Die Angaben im Fragebogen bilden die Basis aller weiteren Vereinbarungen.

Hiermit willige ich, bis auf Widerruf, der Datenerfassung der von mir angegebenen Daten durch Ihr Team 24 Pflegedienst GmbH ein. Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und verstanden.

Bevollmächtigter: Name _____ Unterschrift _____

Zu pflegende Person: Name _____ Unterschrift _____