

Ihr Team 24 Pflegedienst

Ihr Wohlbefinden liegt
uns am Herzen!

Fragebogen zur Betreuungssituation

Um Ihnen ein Angebot zu erstellen und die passende ergänzende Hilfskraft zu finden, bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen und uns per Post, Fax oder E-Mail zurückzusenden.

Mit Eingang des Bogens in unserem Unternehmen, werden unsere Service Mitarbeiter, sich Ihrer Anfrage annehmen und sich schnellstmöglich bei Ihnen melden.

Unsere Kontaktdaten:

K1, 2
68159 Mannheim
Tel.: +49 - 621 - 74814310
Fax.: +49 - 621 - 43209069
Mail: info@ihrteam24.de

Ansprechpartner für Ihr Team 24 Pflegedienst GmbH*

☐ Ehepartner

☐ Schwiegersohn/ Schwiegertochter

☐ Sohn / Tochter

☐ 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 alleine im Haushalt* ☐ ja ☐ nein	Lebt mit weiteren__Person/en im Haushalt

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
☐ _____
-sonstiges-
(ggf. gesondertes Blatt benutzen)

Angaben zum Hausarzt

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Vorhandene Hilfsmittel

- ☐ mit Rollstuhl
☐ ist bettlägerig
☐ Treppenlift
☐ _____
-sonstiges-

- ☐ mit Rollator
☐ Pflegebett
☐ Patientenlifter

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

- ☐ Spaziergehen
- ☐ Lesen / Gesellschaftsspiele
- ☐ Handarbeit
- ☐ Erzählen
- Sonstiges: _____
- _____

Haushaltstätigkeiten

- ☐ Kochen für _____ Personen
- ☐ Waschen / Putzen / Bügeln
- ☐ Haustiere versorgen, welche _____
- ☐ Sonstiges: _____
- ☐ Einkaufen
- ☐ Wohnfläche reinigen _____ qm

4- Wohnraum für die Betreuungskraft? *

- ☐ Geeigneter Wohnraum für die Betreuungskraft kann zur Verfügung gestellt werden.

- ☐ Zimmer
- ☐ Zimmer mit eigenem Bad
- ☐ separate Wohnung
- ☐ sonstiges: _____

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

5- Pflegerische-und Betreuungstätigkeiten**

Bei Abwesenheit der Betreuungskraft wird die Versorgung der zu betreuenden Person(en) durch folgende Maßnahmen unterstützt:

- ☐ wir verfügen über ein Hausnotruf System und ein Nachweis hierfür kann auf Verlangen erbracht werden.
- ☐ Freunde, Familienmitglieder oder zusätzliches Betreuungspersonal sind in der Nähe und jederzeit unmittelbar erreichbar.
- ☐ es wurde eine andere technische Lösung installiert (Kamera, App oder ähnliches), mit deren Hilfe erkannt werden kann, ob Hilfebedarf besteht und ein/e Bekannte/r, ein Familienmitglied oder eine weitere zusätzliche Betreuungsperson kann so benachrichtigt werden.

6- Angaben zur Tagespflege

- ☐ Es werden regelmäßig Angebote einer Tagespflegereinrichtung genutzt
An folgenden Wochentagen: _____

7- Angaben zur Pflegekasse

- ☐ Bei welcher Krankenkasse ist die pflegebedürftige Person versichert ?

Name der Versicherung 1): _____

Versicherung - 9-stellige IK-Nr. 1): _____

Versichertennummer 1): _____

Anschrift der Versicherung: _____

1) die Angaben hierzu finden Sie unten auf der Gesundheitskarte der zu betreuenden Person

8-Bevorzugter Versorgungsbeginn

Zu welchem Datum soll die Versorgung voraussichtlich beginnen ?

1. Wunschdatum: _____ 2. Wunschdatum: _____

Ihr Team 24 Pflegedienst

Ihr Wohlbefinden liegt
uns am Herzen!

9- Schilderung Tagesablauf

* Bitte ankreuzen. **Mehrfachnennung möglich.

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: _____