

## FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen **Fragebogen** möglichst vollständig und ausführlich aus und senden Sie diesen an uns per **Post** oder per **E-Mail**: [goldencare@t-online.de](mailto:goldencare@t-online.de) zurück.

### I. PERSONENDATEN

#### 1. DATEN DES AUFTRAGGEBERS / DES ANSPRECHPARTNERS

Name	Vorname
Straße	PLZ Ort
Mobil	Telefon
E-Mail	Fax

#### 2. DATEN DER ZU BETREUENDEN PERSON

Name	Vorname
Geburtsdatum	Pflegestufe
Gewicht (kg)	Größe (cm)
Straße	PLZ Ort
Mobil	Telefon
<b>Verhältnis zum Auftraggeber</b> (Mutter, Vater, Ehepartner ...)	

*Zutreffendes bitte ankreuzen sowie entsprechende Leerfelder ausfüllen*

## II. ANGABEN ZUR PFLEGE

### 1. GESUNDHEITSMERKMALE DER ZU BETREUENDEN PERSON

<b>Mobilität</b>	kann alleine laufen		kann mit Hilfe laufen	
	benutzt einen Rollstuhl innen		benutzt einen Rollator innen	
	benutzt einen Rollstuhl außen		benutzt einen Rollator außen	
	kann selbstständig aufstehen		komplett hilfsbedürftig	
	steht mit Hilfe auf		bettlägerig	

<b>Geistiger Zustand</b>	klar		dem Alter entsprechend	
	apathisch		Depression schwach ( ) stark ( )	
	verwirrt		vergesslich	

<b>Toilette</b>	selbstständig		mit Hilfe	
	Teilinkontinenz		Vollinkontinenz	

<b>Krankheiten</b>	Alzheimer		MS-Patient	
	Demenz		Diabetes	
	Schlaganfall		Bluthochdruck	
	Schwerhörigkeit		Tumor	
	Druckgeschwür		Herz-Kreislauf-Erkrankung	
	Künstlicher Darmausgang		Dauerkatheter	
	Parkinson		Probleme mit der Speiseröhre	
	Osteoporose		Lähmung	

**Weitere bekannte Krankheiten (bitte auflisten):**

---



---

**2. AKTUELLE ART DER PFLEGE/AKTUELLE THERAPIEN**

Die Pflege/Betreuung der zu betreuenden Person übernimmt zurzeit:							
Familie		Pflegedienst/ Sozialstation		Seniorenbetreuer/in		Krankenhaus/ Reha	

**Hinweis: Eine medizinische Betreuung ist durch das Betreuungspersonal nicht möglich.**

**III. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT**

**1. WELCHE TÄTIGKEITEN WERDEN NOTWENDIG SEIN**

Kochen		Bügeln		Wäsche waschen		Wohnung/Haushalt putzen	
Auto fahren		leichte Gartenarbeiten (freiwillig)		Haustierpflege (Art des Haustieres)		Einkaufen gehen	

**Zusätzliche Fragen:**

Wie oft muss die Wäsche gemacht werden? \_\_\_\_\_

Was gehört zu den Gartenarbeiten? \_\_\_\_\_

Falls ein Haustier vorhanden ist, welches? \_\_\_\_\_

Gehört die Haustierpflege zu den Aufgaben der Betreuungskraft? \_\_\_\_\_

Muss die Betreuungskraft spezielle Speisen zubereiten? \_\_\_\_\_

Wie weit sind die Einkaufsmöglichkeiten entfernt? \_\_\_\_\_

## 2. BETREUUNGSUMFANG

Überwachung der zu betreuenden Person in der Nacht		Hilfe beim Essen		Kämmen		An-/Ausziehen		Hilfe beim An-/Ausziehen	
Rufbereitschaft in der Nacht		Hilfe beim Waschen		Baden, Duschen		Eincremen		Windeln wechseln	

## 3. BETREUUNGSDAUER - Für welchen Zeitraum wünschen Sie die Betreuung?

einen Monat		2-3 Monate		länger als 3 Monate	
<b>Ab wann benötigen Sie die Betreuungskraft?</b>					

### Zusätzliche Fragen:

Wie oft am Tag geht die/der Pflegebedürftige spazieren? \_\_\_\_\_

Gehören Arztbesuche zu den Aufgaben der Betreuungskraft? \_\_\_\_\_

Leidet die/der Pflegebedürftige an Schlafstörungen? \_\_\_\_\_

Wie sieht die Freizeit der/des Pflegebedürftigen aus? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4. PERSONALANFORDERUNGEN

<b>Geschlecht</b>					
egal		weiblich		männlich	
<b>Pflegeerfahrung</b>					
egal		nein		ja	
<b>Alter des Personals</b>					
egal		30–40		40–50	50–60
<b>Raucher</b>					
egal		nein		ja	
<b>Führerschein</b>					
egal		nein		ja/wichtig	
<b>Tierlieb</b>					
egal		nein		ja/wichtig	
<b>Deutschkenntnisse</b>					
schwach		ausreichend			
befriedigend		gut			
sehr gut					

**Zusätzliche Frage:**

**Kommt eine rauchende Betreuungskraft für Sie in Frage, wenn sie bereit ist, nur außerhalb des Hauses zu rauchen?** \_\_\_\_\_

## IV. RAHMENBEDINGUNGEN

### 1. WOHNBEDINGUNGEN

Ist die/der Pflegebedürftige alleinstehend?	ja		nein	
Falls nein, wie viele Personen leben noch im Haushalt?				
Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?	ja		nein	
Kann die im Haushalt lebende Person, die nicht betreut werden muss, auch bei der Pflege und im Haushalt mithelfen?	ja		nein	

### Beschreibung der Unterkunft

Ein-/Zweifamilienhaus (m <sup>2</sup> )		Mehrfamilienhaus (m <sup>2</sup> )	
mit Garten		Wohnung (m <sup>2</sup> )	

### Ausstattung des Zimmers

eigenes Bad		Bett	
Tisch		Schrank	
Radio		TV	

### Kommunikationsmöglichkeiten

Festnetz		Festnetz mit Auslandsflatrate	
Internet			

## 2. FREIZEITREGELUNG

**Aus Gründen der Erholung und Gesundheit der Betreuungskraft ist es erforderlich, dass dieser 2-3 Stunden Freizeit am Tag zur Verfügung steht. Bei Nachteinsätzen ist ein zusätzlicher Ausgleich am Tag notwendig.**

Wird der Betreuungskraft zusätzliche Freizeit gewährt? \_\_\_\_\_

Falls ja, in welchem Umfang? \_\_\_\_\_

## V. SONSTIGES

Hier können Sie zusätzliche Angaben eintragen, die Ihnen wichtig erscheinen und/oder Fragen stellen, die Sie geklärt haben möchten.

---



---

## Wie sind Sie auf den Golden Care Service aufmerksam geworden?

Suchmaschine	<input type="checkbox"/>	Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	Flyer	<input type="checkbox"/>
Empfehlung	<input type="checkbox"/>	Internetseite	<input type="checkbox"/>	Anzeige, wo?	<input type="checkbox"/>

*Zutreffendes bitte ankreuzen*

**Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt.**

**WICHTIG:** Dieser Fragebogen ist die Grundlage für die Erstellung eines unverbindlichen und kostenlosen Angebots und dient darüber hinaus bei einer eventuellen Auftragserteilung als Vertragsgrundlage.

Unvollständige oder unrichtige Angaben können zu Mehrkosten oder Vertragskündigung führen.

---

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind

### Golden Care Seniorenbetreuung

**Zentrale:** Hangweg 4, 89134 Blaustein-Weidach

**Büro:** Ulmerstr. 17, 89134 Blaustein

Telefon: 07304 8002868

Mobil: 0152 03479601 & 0152 56508962

E-Mail: [goldencare@t-online.de](mailto:goldencare@t-online.de)

[www.golden-care-pflege.de](http://www.golden-care-pflege.de)