

Golden Care Seniorenbetreuung

Telefon: 08234 4339088

Mobil: 0152 03479601 & 0152 56508962

E-Mail: seniorenbetreuung.bobingen@gmx.de

www.golden-care-pflege.de



FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen **Fragebogen** möglichst vollständig und ausführlich aus und senden Sie diesen an uns per **Post** oder per **E-Mail: seniorenbetreuung.bobingen@gmx.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	_____	Pflegegrad	_____
Gewicht (kg)	_____	Größe (cm)	_____
Straße	_____	PLZ Ort	_____
Mobil	_____	Telefon	_____

Verhältnis zum Auftraggeber (Mutter, Vater, Ehepartner ...)

Angehörige des Patienten: leben gemeinsam im Haushalt

Kommen zu Besuch

Wie viele Personen leben im Haus? _____

Zutreffendes bitte ankreuzen sowie entsprechende Leerfelder ausfüllen

II. ANGABEN ZUR PFLEGE

1. Mobilität

Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Stock	<input type="checkbox"/> Dekubitus-Matratze
	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Treppenlift
	<input type="checkbox"/> Patientenlift	<input type="checkbox"/> Rollator
	<input type="checkbox"/> Badewannenlift	<input type="checkbox"/> ebenerdige Dusche
	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
	<input type="checkbox"/> Nachtstuhl	
Transfer	<input type="checkbox"/> nicht nötig	<input type="checkbox"/> Patient hilft nicht mit
	<input type="checkbox"/> Patient braucht nur Unterstützung	<input type="checkbox"/> muss gehoben werden
	<input type="checkbox"/> Patient hilft mit	<input type="checkbox"/> Transfer nur mit Patientenlift

Bemerkungen

2. Krankheiten

<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig)	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> chronische Durchfälle	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Stoma (Anus praeter)
<input type="checkbox"/> Demenz (Anfangsstadium)	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> Tumor
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Allergie

Sonstige

Wer sortiert (stellt) die Medikamente Apotheke Pflegedienst Familie

Golden Care Seniorenbetreuung

Telefon: 08234 4339088

Mobil: 0152 03479601 & 0152 56508962

E-Mail: seniorenbetreuung.bobingen@gmx.de

www.golden-care-pflege.de



3. Grundsätzliche Fragen

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist die zu betreuende Person bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Muss die zu betreuende Person gelagert werden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leidet die zu betreuende Person oder im Haushalt Lebende an ansteckenden Krankheiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Falls „ja“, welche?

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.

3. EINSATZ ANDERER PFLEGEDIENSTE

Es wird zurzeit kein Pflegedienst beansprucht

Regelmäßige Dienste eines ambulanten Pflegedienstes

(Welche Tätigkeiten, wie oft)

Werden die Dienste des ambulanten Pflegedienstes nach der Ankunft der Betreuungskraft weiterhin in Anspruch genommen?

Ja nein

Wenn ja, wie oft: _____

Wenn ja, welche Tätigkeiten werden vom Pflegedienst übernommen:

Golden Care Seniorenbetreuung

Telefon: 08234 4339088
Mobil: 0152 03479601 & 0152 56508962
E-Mail: seniorenbetreuung.bobingen@gmx.de
www.golden-care-pflege.de



III. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT

1. WELCHE TÄTIGKEITEN WERDEN NOTWENDIG SEIN

- Häusliche Tätigkeiten Pflegerische Tätigkeiten Soziale Betreuung

Siehe Anhang auf Seite 10 „Fragebogen zur Ermittlung des Betreuungsaufwands unter Berücksichtigung §71 SGB XI“

Falls ein Haustier vorhanden ist, welches? _____

Wer soll einkaufen?

- Betreuerin
 Familie gemeinsam mit Betreuerin
 Familie

Wie weit sind die Einkaufsmöglichkeiten entfernt? _____

2. BETREUUNGSUMFANG

Hygiene

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt	Hilfe	Anleitung
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hand-Fußpflege Familie Fußpflege kommt

Bemerkungen _____

Golden Care Seniorenbetreuung

Telefon: 08234 4339088

Mobil: 0152 03479601 & 0152 56508962

E-Mail: seniorenbetreuung.bobingen@gmx.de

www.golden-care-pflege.de



Hilfsmittel

	Ja	Nein
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinflasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CWindeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windelpants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige _____

2. NÄCHTLICHE ÜBERWACHUNG

Nachtruhe ungestört:

Ja Nein

Falls nein, wie oft :

1 x pro Nacht 2 Mal pro Nacht häufiger _____

3. BETREUUNGSDAUER – Für welchen Zeitraum wünschen Sie die Betreuung?

Urlaubsvertretung oder begrenzte Betreuungsdauer? Bitte Dauer angeben _____

Dauerhafte Betreuung? Der Wechsel der Betreuungskraft erfolgt alle 6 Wochen bis 2 Monate

Ab wann benötigen Sie die Betreuungskraft? _____

Die zu betreuende Person hat folgenden Tagesrhythmus:

Aufstehen ca. _____ Uhr

Frühstück ca. _____ Uhr

Mittagessen ca. _____ Uhr

Abendessen ca. _____ Uhr

Zubettgehen ca. _____ Uhr

Wie oft am Tag geht die/der Pflegebedürftige spazieren? _____

Gehören Arztbesuche zu den Aufgaben der Betreuungskraft? _____

Wie sieht die Freizeit der/des Pflegebedürftigen aus bzw. welche Hobbys sollen berücksichtigt werden?

Golden Care Seniorenbetreuung

Telefon: 08234 4339088

Mobil: 0152 03479601 & 0152 56508962

E-Mail: seniorenbetreuung.bobingen@gmx.de

www.golden-care-pflege.de



4. PERSONALANFORDERUNGEN

Geschlecht	egal <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	
Pflegeerfahrung	egal <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Alter des Personals	egal <input type="checkbox"/>	30–40 <input type="checkbox"/>	40–50 <input type="checkbox"/>	50–60 <input type="checkbox"/>
Raucher	egal <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Führerschein	egal <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja/wichtig <input type="checkbox"/>	
Tierlieb	egal <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja/wichtig <input type="checkbox"/>	
Deutschkenntnisse	Sehr gut <input type="checkbox"/>		Gut <input type="checkbox"/>	
	Kommunikativ <input type="checkbox"/>		Mittel <input type="checkbox"/>	
	Wenig <input type="checkbox"/>		Kein Deutsch <input type="checkbox"/>	

Kommt eine rauchende Betreuungskraft für Sie in Frage, wenn sie nur außerhalb des Hauses raucht?

Ja Nein

Therapie - Beschäftigung

Ergotherapie	_____	pro Woche
Musiktherapie	_____	pro Woche
Beschäftigungstherapie	_____	pro Woche
Logopädie	_____	pro Woche
Krankengymnastik	_____	pro Woche
Sonstige	_____	
Tagespflege	_____	pro Woche
Ehrenamtliche	_____	pro Woche
Helfer	_____	pro Woche
Familienmitglieder	_____	pro Woche

Golden Care Seniorenbetreuung

Telefon: 08234 4339088

Mobil: 0152 03479601 & 0152 56508962

E-Mail: seniorenbetreuung.bobingen@gmx.de

www.golden-care-pflege.de



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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus (qm) | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus (qm) |
| <input type="checkbox"/> Zweifamilienhaus (qm) | <input type="checkbox"/> Wohnung (qm ²) |
| <input type="checkbox"/> mit Garten | <input type="checkbox"/> Fläche zum Sauberhalten (qm) |
| <input type="checkbox"/> Nächste größere Stadt vom Wohnort: | <input type="checkbox"/> Entfernung vom Wohnort (km) |
| | <input type="checkbox"/> Erreichbar mit (Bus, Zug, Fahrrad) |

Ausstattung

einfach gehoben luxuriös

Wohnlage

sehr ruhig ruhig belebt sehr belebt

Ausstattung des Zimmers

eigenes Bad <input type="checkbox"/>	Bett <input type="checkbox"/>
Tisch <input type="checkbox"/>	Schrank <input type="checkbox"/>
Radio <input type="checkbox"/>	TV <input type="checkbox"/>

Golden Care Seniorenbetreuung

Telefon: 08234 4339088

Mobil: 0152 03479601 & 0152 56508962

E-Mail: seniorenbetreuung.bobingen@gmx.de

www.golden-care-pflege.de



Kommunikationsmöglichkeiten

Festnetz

Internet

Festnetz mit Auslandsflatrate

Internet - Stick

2. FREIZEITREGELUNG

Die wöchentliche regelmäßige Arbeitszeit der Betreuungskräfte beträgt 40 Std.

Aus Gründen der Erholung und Gesundheit ist es erforderlich, dass der Betreuung 3 Stunden Freizeit am Tag zur Verfügung stehen. Bei Nachteinsätzen und Notfällen 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

Sozialdienst

Flyer

Empfehlung

Internetseite

Anzeige, wo?

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

Telefon: 08234 4339088

Mobil: 0152 03479601 & 0152 56508962

E-Mail: seniorenbetreuung.bobingen@gmx.de

www.golden-care-pflege.de



Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Die im Fragebogen angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses und zur Suche nach dem erforderlichen Betreuungspersonal notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im Folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

Ich willige ein, dass der Fragebogen an die polnischen Agenturen zum Zwecke der Personalfindung und Vertragserstellung weitergeleitet werden darf.

[Ort, Datum]

[Unterschrift]

1) Anhang zur Ermittlung des Betreuungsaufwands unter Berücksichtigung §71 SGB XI

Bitte füllen Sie diesen Anhang vollständig und ausführlich aus!

Häusliche Tätigkeiten

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Mahlzeiten zubereiten | <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Backen |
| <input type="checkbox"/> Spülen | <input type="checkbox"/> Wäschepflege | <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> Bügeln |
| <input type="checkbox"/> Aufräumen | <input type="checkbox"/> Staubsaugen | <input type="checkbox"/> Böden wischen | <input type="checkbox"/> Badreinigung |
| <input type="checkbox"/> Zimmerreinigung | <input type="checkbox"/> Zimmerpflanzenpflege | <input type="checkbox"/> Fensterputzen | <input type="checkbox"/> Haustierpflege |
| <input type="checkbox"/> Leichte Gartenarbeiten | | | |
| <input type="checkbox"/> Im Herbst Laubbeseitigung | | <input type="checkbox"/> Im Winter Schneeräumen u. Glättebekämpfung | |
| <input type="checkbox"/> Auto fahren | | | |
- Muss die Betreuungskraft spezielle Speisen zubereiten? _____

Pflegerische Tätigkeiten

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> An u. Auskleiden | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Aufstehen | <input type="checkbox"/> Zu-Bett-Gehen | <input type="checkbox"/> Baden, Duschen |
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Trinken | <input type="checkbox"/> Haarpflege | <input type="checkbox"/> Waschen |
| <input type="checkbox"/> Hautpflege | <input type="checkbox"/> Mund- und Zahnpflege | <input type="checkbox"/> Kämmen | <input type="checkbox"/> Rasieren |
| <input type="checkbox"/> Toilettengang | <input type="checkbox"/> Nagelpflege | | |

Soziale Betreuung

- Spazieren gehen
- Unterstützung bei Aktivitäten im häuslichen Umfeld
- Vorlesen
- Begleitung bei Behördengängen oder Arztbesuchen
- Begleitung zum Friedhof
- Begleitung zu Freunden

[Ort, Datum]

[Unterschrift]

Golden Care Seniorenbetreuung

Telefon: 08234 4339088

Mobil: 0152 03479601 & 0152 56508962

E-Mail: seniorenbetreuung.bobingen@gmx.de

www.golden-care-pflege.de



2) Anhang: Beispiel eines Wochenplans für die Betreuungskraft

Aktionen	Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Notizen
Grundpflege	07:00								
Zähneputzen / Waschen									
Duschen ca 2 - 3 / Woche									
Ankleiden									
Frühstück	08:30								
Windelwechseln bei Bedarf Unterstützung Toilettengang bei Bedarf Vormittags	09:00								
Gemeinsame Aktivität bei Bedarf	10:00								
Unterstützung Hausarbeit bei Bedarf	11:00								
	12:00								
Mittagessen	12:30								
	13:00								
	14:00								
Windelwechseln bei Bedarf Unterstützung Toilettengang bei Bedarf	15:00								
Gemeinsame Aktivität Spaziergang Je nach Wetter und Bedarf	16:00								
	17:00								
	18:00								
Grundpflege	19:00								
Waschen / Zähneputzen									
Windelwechseln Unterstützung Toilettengang bei Bedarf									
Bettgehen									

* Arztbesuche bei Bedarf
Tätigkeiten