

## FRAGEBOGEN FÜR STUNDENWEISE BETREUUNG

Da die hauswirtschaftliche und pflegerische Betreuung unseres neuen Kunden optimal und nach seinen Bedürfnissen angepasst werden soll, und wir dies in unserem Betreuungsdienst gewährleisten wollen, bitten wir um Beantwortung der folgenden Fragen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig und ausführlich aus und senden Sie diesen an uns per Post, per Fax: 07304/4389923 oder per E-Mail: [seniorenbetreuung.blaustein@gmx.de](mailto:seniorenbetreuung.blaustein@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	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
	seit wann:					
Gewicht (kg)	Größe (cm)					
Straße	PLZ Ort					
Mobil	Telefon					

Verhältnis zum Auftraggeber: Mutter Vater Ehepartner gesetzl. Betreuer

Wie viele Personen leben im Haus?

Name und Adresse des Hausarztes:

Name und Adresse der Krankenkasse:

Name:

Name/Anschrift:

Anschrift:

PLZ/-Ort:

PLZ/-Ort:

KV-Nr.:

Tel./Fax:

Kassen-Nr.:

## Golden Care Seniorenbetreuung

Telefon: 07304 4399802

Mobil: 0152 03479601 & 0152 56508962

E-Mail: [seniorenbetreuung.blaustein@gmx.de](mailto:seniorenbetreuung.blaustein@gmx.de)

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



### II. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT

#### 1. BETREUUNGSDAUER – Für welchen Zeitraum wünschen Sie die Betreuung?

Urlaubsvertretung oder begrenzte Betreuungsdauer? Bitte Dauer angeben  
Dauerhafte Betreuung

Es werden folgende Pflege und Betreuungszeiten benötigt:

täglich

wöchentlich

14-tägig

monatlich

morgens

vormittags

mittags

nachmittags

abends

#### 2. Beginn der Betreuung:

### III. ANGABEN ZU DEN WOHNBEDINGUNGEN

Beschreibung der Wohnräume

Einfamilienhaus (m<sup>2</sup>)

Zweifamilienhaus (m<sup>2</sup>)

mit Garten (m<sup>2</sup>)

Bad Anzahl /(m<sup>2</sup>)

Schlafzimmer Anzahl /(m<sup>2</sup>)

Wohnung (m<sup>2</sup>)

Fläche zum Sauberhalten (m<sup>2</sup>)

Wohnraum Anzahl /(m<sup>2</sup>)

Küche (m<sup>2</sup>)

Sonstige Räume Anzahl /(m<sup>2</sup>)

## Ermittlung des Betreuungsaufwands unter Berücksichtigung §45a SGB XI

### Pflegerische Alltagspflege

Unterstützung bei folgenden Tätigkeiten:

An- und Auskleiden	Hautpflege	Baden, Duschen
Hilfe beim Aufstehen	Mund- und Zahnpflege	Waschen
Essen	Haarpflege	Rasieren
Trinken	Kämmen	Hilfe beim Toilettengang

### Hauswirtschaftliche Tätigkeiten

Einkaufen	Mittagessen zubereiten	Wäschepflege	Müllentsorgung
Spülen	Kochen	Waschen	Zimmerpflanzenpflege
Aufräumen	Backen	Bügeln	Haustierpflege
Zimmerreinigung			Leichte Gartenarbeiten
Staubsaugen			Außenbereich kehren
Staubwischen			Laubbeseitigung im Herbst
Böden wischen			im Winter Schneeräumen/ Glättebekämpfung
Badreinigung			
Fensterputzen			

es wird spezielles Essen benötigt:

### Unterstützung und Begleitung

Begleitung zu Behörden	Begleitung zu Ärzten
Begleitung zu Gottesdiensten	Begleitung zum Friedhof
Begleitung zu Verwandten	Begleitung zu Bekannten
Begleitung zu kulturellen Aktivitäten	Spaziergänge in der näheren Umgebung

### Soziale Betreuung

Gespräche führen, Unterhaltung fördern	Gesellschaftsspiele
Malen und Basteln	Musik hören
Gemeinsames Kochen und Backen	Singen und Musizieren
Vorlesen, Lesen und Fotos anschauen	

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

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.

[Ort, Datum]

[Unterschrift]

Wie sind Sie auf den Golden Care Service aufmerksam geworden?

Suchmaschine

Sozialdienst

Flyer

Empfehlung

Internetseite

Anzeige, wo

Sonstige