



Dom*icare*<sup>24h</sup> 24 Std. Betreuung  
Inh. Sonja Sojka, Scheifendahl 34, 52525 Heinsberg  
Tel.: 02452 996 517 2 Fax: 02452 996 517 3  
E-Mail: info@domicare-24.de

## Fragebogen

Diese Daten dienen als Vorlage für unsere Kalkulation und spätere Betreuungsleistung. Die Angaben, die hier erfragt werden, sind im Falle einer Betreuung Grundlage des Vertrages. Wir bitten um wahrheitsgetreues ausfüllen.

### **Ansprechpartner:**

Nachname:

Vorname:

PLZ / Ort:

Straße / Haus Nr.:

Telefon Nr.:

Handy Nr.:

E-Mail:

Verwandtschaftsgrad:

### **Angaben zur pflegebedürftigen Person / -en**

#### **1. Person:**

Nachname:

Vorname:

PLZ / Ort:

Straße / Haus Nr.:

Telefon Nr.:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Größe:

Derzeitiger Pflegegrad:

Beantragter Pflegegrad:

#### **2. Person:**

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Größe:

Derzeitiger Pflegegrad:

Beantragter Pflegegrad:

Raucher-  oder Nichtraucherhaushalt

#### **• Welche Krankheiten/Einschränkungen liegen vor:**

**1. Person:**

**2. Person:**

#### **• Allergien oder ansteckende Krankheiten:**



● **Beweglichkeit:**

**1. Person:**

Aufstehen:	alleine <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
Gehen:	alleine <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
Duschen/Waschen:	alleine <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden:	alleine <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme:	alleine <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>

**2. Person:**

Aufstehen:	alleine <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
Gehen:	alleine <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
Duschen/Waschen:	alleine <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden:	alleine <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme:	alleine <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>

● **Beweglichkeit möglichst beschreiben:**

● **Wird ein Rollstuhl gebraucht:**

**1. Person:**

Ja                       nein

**2. Person:**

Ja                       nein

● **Ist die Person bettlägerig:**

**1. Person:**

Ja                       nein

**2. Person:**

Ja                       nein

● **Inkontinenz:**

**1. Person:**

Ja                       nein

**2. Person:**

Ja                       nein

● **Wenn ja, welcher Art von Inkontinenz:**

Stuhl                       Harn

Werden Schutzhosen/Pampers benutzt:

Ja                       nein

● **Ist eine regelmäßige Nacharbeit/-hilfe benötigt:**

Ja                       nein

Wenn ja, wie oft:

1-2 mal                       3-4 mal                       oft

Welcher Art (z.B. Toilettengang, Windel wechseln, Trinken anreichen, umlagern usw.)

● **Charakter/Wesen der zu betreuender Person/-en** (z.B. ungeduldig, liebevoll, kooperativ, aggressiv):



- **Interessen und Lieblingsbeschäftigungen:**

## Allgemeine Angaben:

- **Wird derzeit ein ambulanter Pflegedienst/Tagesdienst in Anspruch genommen:**

1.Person:

Ja

nein

2.Person:

Ja

nein

- **Wird der Pflegedienst/Tagesdienst weiter in Anspruch genommen:**

Ja

nein

Wie oft?

- **Wenn ja, welche Tätigkeiten übernimmt der:**

- **Welche Hilfsvorrichtungen sind vorhanden** (z.B. Krankenbett, Rollstuhl, Bettlift, Gehhilfen, Rollator, Treppenlift, usw.):

- **Ab wann soll die Betreuung beginnen:**

Zeitnah \_\_\_\_\_

bestimmtes Datum? \_\_\_\_\_

- **Wie lange soll die Betreuung dauern:**

Für eine bestimmte Zeit (von wann, bis wann?) \_\_\_\_\_

lange

- **Liegt eine Patientenverfügung vor? Bei wem:**

Ja

nein

## Anforderungen an das Pflegepersonal:

- **Geschlecht:** Weiblich  männlich

- **Gewünschtes Alter:** \_\_\_\_\_

- **Deutschkenntnisse:** Kommunikativ  gut

- **Raucher/Nichtraucher:** Nichtraucher  egal (nur Draußen)

- **Folgende Hilfstätigkeiten werden benötigt** (bitte um eine genaue Beschreibung oder einen Tagesablauf)





## Anlage

### Leistungsumfang:

1. Leistungen im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung:
  - Einkaufen
  - Zubereitung der Speisen
  - Spülen
  - Hauswirtschaft (Reinigung der Wohnräume)
  - Waschen und Bügeln der Kleidung,
  - Müllentsorgung (Mülltüten, Altglas, Papier)
  
2. Leistungen der alltäglichen Aktivitäten:
  - Versorgung von Haustieren/Tierart: \_\_\_\_\_
  - Zimmerpflanzenpflege
  - Terminvereinbarung mit Ärzten und Begleitung
  - Begleitung zu Kulturveranstaltungen, zu Behörden
  - Erledigung und Begleitung sonstiger Besorgungen
  - Begleitung zum Frisör und/oder Fußpflege
  - Spaziergänge am Arm, Rollator oder Rollstuhl
  
3. Leistungen im Bereich der Körperpflege:
  - Waschen, Baden, Duschen
  - Zahn/Prothesenreinigung
  - Kämmen
  - Rasieren
  - Begleitung der Toilettenverrichtungen
  
4. Leistungen in der mobilen, motorischen Versorgung:
  - Hilfestellung beim Aufstehen und/oder Zubettgehen oder Hinsetzen
  - Hilfestellung beim Stehen, Laufen, Treppensteigen oder am Rollator
  - Hilfestellung beim Bedienen eines Treppenlifter (Bettlifter, Badewannenlifter)
  - Hilfestellung beim Essen

Andere Tätigkeiten, wie z.B. Gartenarbeit, Autowaschen, Fensterputzen, sind nach  
Absprache mit uns und der Betreuungskraft möglich, jedoch kostenpflichtig.

---

Ort, Datum, Unterschrift