



DomiCare²⁴ 24 Std. Betreuung
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.:

Nächst größere Stadt:

Telefon Nr.:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Größe:

Derzeitiger Pflegegrad:

Beantragter Pflegegrad:

2. Person:

Nachname:

Vorname:

Telefon Nr.:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Größe:

Derzeitiger Pflegegrad:

Beantragter Pflegegrad:

• Welche Krankheiten/Einschränkungen liegen vor:

1. Person:

2. Person:

• Allergien oder ansteckende Krankheiten:



DomiCare²⁴ 24 Std. Betreuung
Sonja Sojka, Scheifendahl 34, 52525 Heinsberg
Tel.: 02452 996 517 2 Fax: 02452 996 517 3
E-Mail: info@domicare-24.de

● **Beweglichkeit:**

1. Person:

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

2. Person:

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

● **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:**



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

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 usw.):

- Ab wann soll die Betreuung beginnen:

Zeitnah _____

oder Datum _____

- Wie lange soll die Betreuung dauern:

Für eine bestimmte Zeit _____

lange _____

- Wie hoch ist die tägliche Arbeitszeit die von der Betreuerin/Betreuer zu verrichten ist?

_____ Std./täglich

- Liegt eine Patientenverfügung vor? Bei wem:

Ja

nein

Anforderungen an das Pflegepersonal:

- Geschlecht: Weiblich männlich

- Gewünschtes Alter: _____

- Deutschkenntnisse: Kommunikativ gut

- Raucher/Nichtraucher: Nichtraucher egal

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

