

Fragebogen „daheim statt Pflegeheim“



Sehr geehrte Damen und Herren,
wir freuen uns, dass Sie an unserem Service von hoffmann -
Vermittlungsagentur „daheim statt Pflegeheim“ interessiert sind.
Um Ihnen die passende Betreuung anbieten zu können möchten wir
Sie bitten den Fragebogen auszufüllen und an folgende Adresse
zurückzusenden:

„daheim statt Pflegeheim“
hoffmann – Vermittlungsagentur
Bohnenstrasse 34
90765 Fürth

Ihre Daten und Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Falls die Zusammenarbeit nicht zu Stande kommt, werden wir Ihre Daten umgehend wieder löschen.

Angaben zum Auftraggeber/Ansprechpartner:

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____
Telefon _____ Mobiltelefon _____
FAX _____ E-Mail _____

Am besten erreichbar (Tageszeit) _____

Angaben zur betreuenden Person:

Einzelperson Ehepaar Sonstige _____
Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Telefon _____ Geburtsdatum _____
Beziehung zum Auftraggeber/Ansprechpartner _____
(Mutter, Vater, Tante, usw.)

Wohnverhältnisse:

Reihenhaus/Doppel-oder Einzelhaus Etagenwohnung

Im Haushalt lebende Personen _____

Haustiere ja nein

Wenn ja, welche: _____

Eigenes Zimmer für die Haushaltshilfe vorhanden? ja nein

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes:

1 Monat

(wenn Sie in Urlaub fahren und in dieser Zeit die Betreuung nicht selber übernehmen können)

3 Monate

Langfristig

Ab wann soll die Betreuung stattfinden?

Schnellstmöglich, oder

ab dem _____

Pflegestufe/Pflegedienst:

Pflegestufe keine 1 2 3

Wird ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen? ja nein

Wenn ja, welche Tätigkeiten übernimmt der Pflegedienst? _____

Soll der Pflegedienst weiter in Anspruch genommen werden? ja nein

Hinweis:

Eventuelle fachliche Behandlungspflege (z.B. Injektionen, Wundversorgung, Tablettenstellen) muss durch einen ambulanten Pflegedienst sichergestellt werden und darf nicht von der Betreuungsperson ausgeführt werden.

Allgemeine Situation der zu betreuende Person:

Person 1

Frau/Herr _____

Größe _____ Gewicht _____

Person 2

Frau/Herr _____

Größe _____ Gewicht _____

Mobilität:

Kann selbstständig laufen

Kann mit Hilfe laufen

Rollstuhl

Bettleger/in

Körperhygiene:

Selbstständig

mit Hilfe

teil Inkontinenz

voll Inkontinenz

Weitere Angaben zum Gesundheitsbild:

Demenz ja nein

Weglaufdemenz ja nein

Orientierung ja wenig nein

Kommunikation ja wenig nein

ja nein

ja nein

ja wenig nein

ja wenig nein

Sonstige Krankheiten/Diagnosen _____

Besonderheiten im Umgang (z.B. freundlich, kooperativ, ungeduldig, usw.) _____

Beliebte Beschäftigungen und Interessen der zu betreuenden Person/en _____

Gewünschte Leistungen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hauswirtschaft | <input type="checkbox"/> Leichte Gartenarbeit | <input type="checkbox"/> Kochen |
| <input type="checkbox"/> Körperpflege | <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> An und Auskleiden |
| <input type="checkbox"/> Wäschepflege | <input type="checkbox"/> Aufnahme der Nahrung | <input type="checkbox"/> Arzt-, Friseurbesuche, usw. |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung | <input type="checkbox"/> Gesellschaft leisten | <input type="checkbox"/> Spaziergänge |
| Nächtlicher Einsatz | <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, was muss gemacht werden? _____

Sonstige _____

Anforderung an die Haushaltshilfe bzw. Betreuungskraft:

- Geschlecht w m egal
- Führerschein erforderlich ja nein
- Rauchen nein kann draußen rauchen egal
- Deutschkenntnisse gut ausreichend egal
- Alter egal von _____ bis _____ Jahre

Allgemeines:

- Wie wird der Freizeitausgleich geregelt? 2-3 Stunden täglich 2 Nachmittage/Woche
- Darf die Haushaltshilfe bzw. Betreuungskraft 1-2 mal/Woche ihre Familie zuhause anrufen?
- Ja, kein Problem (Verwendung von Billig-Vorwahl) Nein

Schlussatz:

Hiermit versichere ich, dass die gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind und Änderungen des gesundheitlichen Zustandes, sowie der daraus resultierenden Hilfestellungen umgehend der Agentur hoffmann mitgeteilt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Auftraggeber