

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

altdaheim24 UG
Am Uhlenbrock 24a
33378 Rheda- Wiedenbrück

1. ANGABEN ZUR BETREUUNGSSITUATION

Geplanter Betreuungsbeginn

schnellstmöglich in 1 -2 Wochen Wunschtermin:

Anzahl der Pflegebedürftigen Personen:

1 2 (Fragebogen bitte jeweils für jede Person ausfüllen)

Leben weitere Personen im Haushalt?

Ehepartner Kind/er andere

2. ANGABEN ZUR ZU BETREUENDEN PERSON

Vorname: Nachname:

Postleitzahl und Stadt:

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: Jahre **Gewicht:** kg **Größe:** cm

Pflegegrad: keiner wird beantragt 0 1 2 3 4 5

Bestehende Krankheiten:

Alzheimer Parkinson Schlaganfall Krebserkrankung

Lähmungen Sprechstörung Hörprobleme Bettlägerigkeit

Inkontinenz Dauer-Katheter Sondenernährung

sonstige Krankheiten:

Haben Sie Fragen oder brauchen Hilfe
beim ausfüllen des Fragebogen?



info@altdaheim24.de



05242 / 550 59 79



altdaheim24

...und das Glück zieht ein!

2.1 ANGABEN ZUR ZU BETREUENDEN PERSON

Hauswirtschaftlicher Bedarf: kochen einkaufen Wäsche waschen saubermachen

Unterstützung bei Arztbesuchen: ja nein

Wird Hilfe bei der Nahrungsaufnahme benötigt?

nein, selbstständig mit Unterstützung komplett hilfebedürftig

Wird Hilfe beim Toilettengang benötigt?

nein, selbstständig mit Unterstützung komplett hilfebedürftig
 Teilinkontinenz Vollinkontinenz

Wird Hilfe bei der Körperpflege benötigt?

nein, selbstständig mit Unterstützung komplett hilfebedürftig
 Intimpflege Hilfe beim Rasieren

Geistiger Zustand: klar nicht ansprechbar verwirrt teilnahmslos

Sprache: gut eingeschränkt nicht möglich

Sehkräfte: gut eingeschränkt massive Probleme

Brille: ja nein

Hörvermögen: gut eingeschränkt massive Probleme

Hörgerät: ja nein

Angaben zur Demenz: Person ist nicht dement beginnend

fortgeschritten mit aggressivem Verhalten

Weitere Anforderungen und Wünsche der zu betreuenden Person:

Haben Sie Fragen oder brauchen Hilfe
beim ausfüllen des Fragebogen?



info@altdaheim24.de



05242 / 550 59 79



altdaheim24

...und das Glück zieht ein!

2.2 ANGABEN ZUR ZU BETREUENDEN PERSON

- Bewegung:** uneingeschränkt mit Unterstützung bettlägerig
Stehen: uneingeschränkt mit Unterstützung eingeschränkt
Aufstehen / Hinsetzen: selbstständig mit Unterstützung eingeschränkt
Treppensteigen: selbstständig mit Unterstützung nicht möglich
Transfer Bett / Rollstuhl: selbstständig mit Unterstützung nicht möglich
- Nächtlicher Einsatz:** nein nicht in jeder Nacht
 einmal 1-2 mal mehr als zweimal

Soll die Betreuungskraft den Pflegebedürftigen wecken oder ausschlafen lassen?

- wecken ausschlafen lassen Falls wecken, um wieviel Uhr:

Eine kurze Beschreibung zur betreuenden Person:

Gibt oder gab es Interessen oder Hobbys?:

Weitere Anforderungen und Wünsche der zu betreuenden Person:

Haben Sie Fragen oder brauchen Hilfe
beim ausfüllen des Fragebogen?



info@altdaheim24.de



05242 / 550 59 79



altdaheim24
...und das Glück zieht ein!

3. ANGABEN ZUR BETREUUNGSSITUATION VOR ORT

Kommt ein ambulanter Pflegedienst?:

- ja ja, und soll oder muss beibehalten werden nein

Wohnmöglichkeit der Betreuungskraft:

- eigenes Zimmer Einliegerwohnung

Multimedia:

- Wlan/ Internet TV-Anschluss

Bad für die Betreuungskraft:

- separat zur gemeinsamen Nutzung

Gibt es mitzuversorgende Haustiere?

- nein ja:

Lage:

- Stadt Dorf ländlich

Wohnungsart:

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Einkaufsmöglichkeiten:

- ca. 10 Min ca. 20 Min 30 Min oder mehr

Weitere Angaben oder Besonderheiten:

4. ANGABEN ZUR BETREUUNGSKRAFT:

Geschlecht:

- weiblich männlich egal

Deutschkenntnisse:

- mittel (Empfehlung) gut gering egal

Alter:

- unwichtig bis 45 Jahre
 ab 45 Jahre

Rauchgewohnheit:

- unwichtig nur außerhalb der Wohnung toleriert
 wird gar nicht toleriert

Ist ein Führerschein erforderlich?

- ja nein

Haben Sie Fragen oder brauchen Hilfe
beim ausfüllen des Fragebogen?



info@altdaheim24.de



05242 / 550 59 79



5. ANGABEN ZUR KONTAKTPERSON

Vorname: Nachname:

Email-Adresse: Telefonnummer:

Straße: Postleitzahl und Stadt:

Verwandschaftsgrad zur zu betreuenden Person:

Wann können wir Sie erreichen?:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet Post Telefon Empfehlung Arzt Krankenhaus Pflege
 Sonstiges:

Weitere Angaben oder Besonderheiten:

DATENSCHUTZ

Datenschutz ist uns wichtig! Bitte beachten Sie, dass Sie mit Absenden unseres Fragebogens unseren Datenschutzbestimmungen zustimmen. Ich erkläre mich einverstanden, dass altdaheim24 die in diesem Formular erhobenen persönlichen Daten im Rahmen der Bearbeitung meiner Anfrage verarbeitet und, soweit es für die Vertragsvermittlung erforderlich ist, an ausländische Kooperationspartner mit Sitz innerhalb der Europäischen Union weitergibt. Außerdem versichere ich, dass ich befugt bin die persönlichen Daten über die pflegebedürftige Person weiterzugeben. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung meiner unverbindlichen Anfrage von altdaheim24 kontaktiert zu werden. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Weitere Infos finden Sie auf: www.altdaheim24.de/datenschutz

Ort, Datum und Unterschrift



Danke für ihr Vertrauen,
Ihr Team von altdaheim24

