Dieser Erhebungsbogen bildet die Basis für ein unverbindliches, individuelles Angebot.
Bitte gewissenhaft ausfüllen, da die Angaben für die Suche einer geeigneten Betreuungskraft wichtig sind.

**Hinweis:**Bitte den Fragebogen **erst** herunterladen und zunächst **abspeichern**.
Dann erst ausfüllen und erneut abspeichern.

**Angaben zum Pflegebedürftigen**

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname, Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße und Hausnummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Postleitzahl und Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Land | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Festnetz-Telefon | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mobil | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail-Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Angaben zur Kontaktperson**

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname, Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße und Hausnummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Postleitzahl und Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Land | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Festnetz-Telefon | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mobil | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail-Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Verhältnis zu Pflegebedürftigem (z. B. Sohn, Tochter, Enkel, Partner, Freund) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gerne beraten wir Sie persönlich. Wie können wir Sie am besten erreichen? | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Wohnsituation**

|  |  |
| --- | --- |
| Wohnt die Kontaktperson bei der zu betreuenden Person? | [ ]  ja [ ]  nein, Entfernung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wohnt die pflegebedürftige Person alleine? \* | [ ]  ja [ ]  neinWenn **nein**, wie viele Personen leben im Haushalt?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Benötigt ein Mitbewohner auch Hilfeleistungen? (falls ja, bitte weiteren Fragebogen ausfüllen)[ ]  ja, Betreuung und Haushalt [ ]  ja, aber nur Haushalt[ ]  nein |
| Wohnsituation | [ ]  Einfamilienhaus [ ]  Wohnung |
| Größe der Wohnfläche (in qm) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wohnlage | [ ]  Großstadt, zentrale Lage [ ]  Kleinstadt[ ]  Großstadt, Randlage [ ]  Dorf, ländliche Gegend |
| Einkaufsmöglichkeiten | [ ]  fußläufig bis 10 Min. [ ]  fußläufig bis 20 Min.[ ]  größere EntfernungAnmerkung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ist ein Garten vorhanden? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Separates Zimmer für die Betreuungskraft \* | [ ]  ja [ ]  neinNähere Beschreibung des Zimmers:(z. B. Größe, Möbel, Internet?, TV?, Radio?, eigenes Bad?)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Leben Tiere im Haushalt? | [ ]  ja [ ]  neinWenn ja: Folgende Tiere leben im Haushalt: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Sollen diese Haustiere auch versorgt werden? [ ]  ja [ ]  nein [ ] nach Bedarf |

**Angaben zur Haushaltstätigkeit**

|  |  |
| --- | --- |
| Welche Tätigkeiten im Haushalt sind notwendig? | [ ]  Einkäufe[ ]  Wohnung reinigen[ ]  Kochen[ ]  Wäsche [ ]  Gartenarbeit[ ]  HaustierpflegeWeitere Tätigkeiten:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Angaben zur Pflegesituation und zum Betreuungsumfang**

|  |  |
| --- | --- |
| Größe der zu betreuenden Person | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gewicht der zu betreuenden Person | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Pflegegrad | [ ]  Pflegegrad 1 [ ]  Kein Pflegegrad[ ]  Pflegegrad 2[ ]  Pflegegrad 3 [ ]  Überprüfung beantragt[ ]  Pflegegrad 4[ ]  Pflegegrad 5 |
| In welchem Zustand befindet sich der Pflegebedürftige? | [ ]  geistig und körperlich beeinträchtigt[ ]  geistig beeinträchtigt, aber körperlich recht fit[ ]  geistig recht fit, aber körperlich beeinträchtigt[ ]  geistig und körperlich recht fit |
| Wesentliche Erkrankungen / Einschränkungen  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. (z. B. Alzheimer (Anfang, fortgeschritten), Demenz (leicht, mittel, fortgeschritten), Parkinson, Schlaganfall, Herzinfarkt, Hypertonie, Krebserkrankung, Rheuma, Depression, Asthma, Allergien, Diabetes, Stoma, Inkontinenz, Dekubitus, Osteoporose, Sehbehinderungen, Lähmungen ...) |
| Mobilität | [ ]  Hilfe beim Aufstehen erforderlich[ ]  selbstständiges Gehen[ ]  Gehen mit Unterstützung [ ]  teilweise Rollstuhl [ ]  Rollstuhl, komplett hilfsbedürftig[ ]  bettlägerig, Lagerung erforderlich |

|  |  |
| --- | --- |
| Toilette | [ ]  selbstständig[ ]  mit Hilfe[ ]  Teilinkontinenz[ ]  VollinkontinenzVerwendete Hilfsmittel: (z. B. Windeln, Vorlagen, Katheter, Toilettenrollstuhl)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Orientierung | [ ]  keine Probleme mit der Orientierung[ ]  teilweise orientiert[ ]  größere Probleme mit der Orientierung |
| Tägliche Körperpflege | [ ]  selbstständig[ ]  teilweise selbstständig, mit Anleitung[ ]  muss überwiegend übernommen werden |
| Baden / Duschen | [ ]  selbstständig[ ]  teilweise selbstständig, mit Anleitung[ ]  muss überwiegend übernommen werden |
| Essen und Trinken | [ ]  selbstständig[ ]  teilweise selbstständig, mit Anleitung [ ]  muss überwiegend übernommen werdenAnmerkung zum Essen und Trinken:(z. B. Schluckstörung, Diät)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| An-/Ausziehen | [ ]  selbstständig[ ]  teilweise selbstständig, mit Anleitung[ ]  muss überwiegend übernommen werden |
| Sind nächtliche Einsätze erforderlich?  | [ ]  nein[ ]  jaggf. nähere Angaben zu erforderlichen Nachteinsätzen(z. B. Art, Umfang, Häufigkeit)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Welche sonstige Betreuung ist gewünscht?  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.(z. B. Spiele, Spaziergänge, Begleitung zu Arztbesuchen) |
| Vorhandene Hilfsmittel (z. B. Brille, Hörgerät, Rollator, Rollstuhl, Toilettenstuhl, Pflegebett, Badewannenlifter, Transferlifter) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| Derzeitige Betreuung  | [ ]  Angehörige[ ]  Pflegedienst[ ]  sog. 24 Stunden-Betreuung[ ]  Krankenhaus, Reha, stationäre Einrichtung |
| In welchem Umfang ist derzeit ein Pflegedienst im Einsatz? | [ ]  gar nicht[ ]  einmal täglich[ ]  mehrfach täglichWelche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Soll der Pflegedienst weiterhin eingesetzt werden?[ ]  ja, wie bisher[ ]  ja, aber weniger[ ]  nein |
| Kurze Beschreibung des Pflegebedürftigen (z. B. Charakter, Vorlieben, Interessen) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Tagesablauf**

Bitte beschreiben Sie kurz einen typischen Tagesablauf des Pflegebedürftigen
(mit groben Uhrzeiten und Tätigkeiten):

|  |  |
| --- | --- |
| Morgens | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vormittags | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mittags | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nachmittags | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Abends | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nachts | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Wünsche bezüglich der Betreuungskraft**

|  |  |
| --- | --- |
| Geschlecht | [ ]  weiblich [ ]  männlich[ ]  unwichtig |
| Alter | [ ]  eher jünger[ ]  mittleres Alter[ ]  eher älter[ ]  unwichtig |
| Gewünschte Deutschkenntnisse | [ ]  Grundkenntnisse der deutschen Sprache[ ]  mittlere Kenntnisse der deutschen Sprache[ ]  gute bis sehr gute Kenntnisse der deutschen Sprache |
| Führerschein erforderlich? | [ ]  ja, mit Fahrpraxis[ ]  wünschenswert[ ]  unwichtig |
| Darf die Betreuungskraft Raucher sein? | [ ]  ja[ ]  ja, aber nur draußen[ ]  nein[ ]  unwichtig |
| Sonstige Wünsche | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Abschließende Fragen**

|  |  |
| --- | --- |
| Wird die Betreuungskraft langfristig benötigt? | [ ]  ja, als Alternative zum Heim[ ]  nein, nur vorübergehend,  und zwar: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gewünschtes Startdatum | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| Was möchten Sie uns noch mitteilen? Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen? | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Einwilligungserklärung Datenschutz: (bitte ankreuzen)**

[ ]  Ich willige ein, dass die RUNDUM Seniorenbetreuung die in diesem Erhebungsbogen erhobenen personenbezogenen Daten einschließlich der erhobenen Daten zur Pflegesituation zum Zwecke der Vermittlung eines Dienstleistungsvertrages zur häuslichen Betreuung speichern und verarbeiten sowie an Kooperationspartner innerhalb der EU weitergeben darf.

[ ]  Die Datenschutzinformation der RUNDUM Seniorenbetreuung habe ich zur Kenntnis genommen.
Ich bin informiert, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

[ ]  Hiermit versichere ich, dass ich nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäße und – soweit möglich – vollständige Angaben gemacht habe.

Die Übermittlung des Fragebogens erfolgt (bitte auswählen):

[ ]  als zu betreuende Person (Dienstleistungsempfänger)

[ ]  als Bevollmächtigter

[ ]  für die zu betreuende Person, weil diese nicht im Stande ist, die Einwilligung zu erteilen

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

(Ort, Datum) (Name, Vorname)

Herzlichen Dank für das sorgfältige Ausfüllen des Fragebogens!

Auf der Basis Ihrer Informationen werden wir Ihnen in Kürze geeignete Betreuer vorschlagen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RUNDUM
Seniorenbetreuung**

Dr. Michaela Hartwig Tel. : 0241 95 29 862
Am Finkenschlag 9 Mobil: 0157 75 87 15 83
52078 Aachen Fax: 03222 379 86 53
www.rundum-seniorenbetreuung.de info@rundum-seniorenbetreuung.de