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  nein  Wenn **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 Entfernung  Anmerkung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ist ein Garten vorhanden? | ja  nein |
| Separates Zimmer für die Betreuungskraft \* | ja  nein  Nähere 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  nein  Wenn 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  Haustierpflege  Weitere 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  Vollinkontinenz  Verwendete 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 werden  Anmerkung 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  ja ggf. 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 täglich  Welche 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