

# Fragebogen zur Optimierung unseres Einsatzes

## Angaben zum Auftraggeber und Kontaktpersonen

Name	
Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	Festnetz: Mobilnetz: Andere:
E-Mail	

## Angaben zur Wohnsituation

Die zu betreuende Person lebt	<input type="radio"/> einem Haus <input type="radio"/> in einer Wohnung  von .....qm mit ..... Zimmern
Anzahl der Personen im Haushalt	
Haustiere vorhanden?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wenn ja, welche?)

## Angaben zum Patienten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	

Telefonnummer	
Gewicht des Patienten	
<b>Krankheitsmerkmale</b>	
Bettlägerigkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gehbehinderung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Inkontinenz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Alzheimer	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Demenz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
MS-Patient	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Allergiker wenn ja, bitte kurze Erläuterung)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Signifikante Unverträglichkeiten (wenn ja, bitte kurze Erläuterung)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sonstige Krankheiten (wenn ja, bitte kurze Erläuterung)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Pflegegrad	<input type="radio"/> Pflegegrad 2 <input type="radio"/> Pflegegrad 3 <input type="radio"/> Pflegegrad 4 <input type="radio"/> Pflegegrad 5 <input type="radio"/> Kein
Ein ambulanter Pflegedienst kommt regelmäßig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Müssen Nachtschichten gemacht werden?	<input type="radio"/> Keine Nachtschicht benötigt <input type="radio"/> Nachtschicht wird benötigt (wenn ja, wie häufig muss nachts
--	---

	betreut werden?)
Was muss bei Nachteinsätzen gemacht werden?)	
Welche anderen Informationen sind für die betreuende Person von Bedeutung?	

### Welche Leistungen sollen erbracht werden?

<b>Grundpflege</b> (Bitte nennen Sie die zu verrichtenden Arbeiten (z.B. Körperpflege, Windeln wechseln etc.)	
<b>Hauswirtschaftliche Arbeiten</b> (Bitte nennen Sie die zu verrichtenden Arbeiten)	

### Anforderungen an den/die Betreuer/-in

Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> nicht wichtig
Alter	<input type="radio"/> Von _____ bis ____ ____ <input type="radio"/>
Deutsche Sprachkenntnisse	<input type="radio"/> Grundkenntnisse <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> Sehr gut

Ausbildung	<input type="radio"/> Praktische Erfahrung als Haushaltshilfe <input type="radio"/> <input type="radio"/> Medizinische Ausbildung in Polen, aber ohne Medikamentenausgabe bei der zu betreuenden Person( <i>in Deutschland nicht anerkannt</i> ) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Gute Allgemeinbildung
Gewünschte Einstellung zum Rauchen	<input type="radio"/> Raucher/-in <input type="radio"/> Nichtraucher/-in <input type="radio"/> nicht wichtig
Führerschein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein
Besteht die Möglichkeit eines Internetanschlusses / Tel.Flats ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Wir möchten uns herzlich bedanken für das Ausfüllen dieses Formulars. Das wird uns sicherlich helfen, die am besten geeignete Betreuungsperson zu finden. Ihre uns zur Verfügung gestellten Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.



J  
o  
a  
n  
n  
a

W  
i