



# Fragebogen für Angebotserstellung

Wir sichern Ihnen zu, dass die von Ihnen gemachten Angaben vertraulich behandelt werden.

Anfrage durch:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Verhältnis zur pflegebedürftigen Person: \_\_\_\_\_

Sie suchen eine :

Haushaltshilfe

Pflegehilfskraft

Einzelperson

Ehepaar

Sonstiges \_\_\_\_\_

Angaben zum Leistungsempfänger:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Wohnverhältnisse  Haus  Wohnung

Voraussichtliche Betreuungsdauer  1 Monat  Bis 3 Monate  Langfristig

Ab wann soll die Betreuung stattfinden? \_\_\_\_\_

Pflegestufe /Pflegedienst

Pflegestufe  1  2  3  Härtefall

Besonders schwere Pflege?  Ja  Nein

Ist der Pflegedienst beauftragt?  Ja  Nein

Soll der Pflegedienst weiterhin kommen?  Ja  Nein

Gesundheitsmerkmale:

Person 1  
Frau/Herr \_\_\_\_\_

Person 2  
Frau/Herr \_\_\_\_\_

Größe Gewicht \_\_\_\_\_

Größe Gewicht \_\_\_\_\_

Mobilität:

Mobilität:

- kann alleine gehen
- kann mit Hilfe gehen
- Rollstuhl
- bettlägerig

- kann alleine gehen
- kann mit Hilfe gehen
- Rollstuhl
- bettlägerig

Toilette:

Toilette:

- selbstständig
- mit Hilfe
- Teilinkontinenz
- Vollinkontinenz

- selbstständig
- mit Hilfe
- Teilinkontinenz
- Vollinkontinenz

Geistige Verfassung

Geistige Verfassung

- Demenz  Ja  Nein
- Weglauftendenz  Ja  Nein
- Sprachstörungen  Ja  Nein
- Geistig behindert  Ja  Nein
- Kommunikation  Ja  Nein
- Fremd-/Eigengefährd.  Ja  Nein
- Raucher  Ja  Nein

- Demenz  Ja  Nein
- Weglauftendenz  Ja  Nein
- Sprachstörungen  Ja  Nein
- Geistig behindert  Ja  Nein
- Kommunikation  Ja  Nein
- Fremd-/Eigengefährd.  Ja  Nein
- Raucher  Ja  Nein

Sonstige \_\_\_\_\_

Gewünschte Leistungen

Hauswirtschaftliche Versorgung

Betreuung für \_\_\_\_\_ Personen

- Kochen für \_\_\_\_\_ Personen
- Einkaufen
- Wäschepflege
- Wohnungsreinigung
- Allgemeine Hausarbeiten
- Haustierversorgung

- Körperpflege
- An-und Auskleiden
- Nahrungsaufnahme
- Inkontinenzversorgung
- Spaziergänge
- Aktivierende Betreuung
- Gesellschaftsleistung

Sonstiges \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Nachtruhe:

- Ungestört       Gelegentlich gestört       Regelmäßige Nacharbeit notwendig

Auforderungen an die Haushaltshilfe bzw. Betreuungskraft:

Ich wünsche Personal mit folgenden Deutschkenntnissen

- Grundkenntnisse - Hilfsmittel Wörterbuch  
 Erweiterte Grundkenntnisse - Verstehen gut, Sprechen mit Schwierigkeiten  
 Fortgeschritten - Verstehen gut, Unterhaltung ist möglich

Besteht auch die Möglichkeit, sich auf einer anderen Sprache zu unterhalten?       Ja       Nein

Wenn "Ja" welche?

Ich wünsche:       Frau       Mann       Egal

Alter       Egal      Von - bis \_\_\_\_\_

Führerschein erforderlich       Ja       Nein

Darf Rauchen       Ja       Nein       Egal

Allgemeines:

Unterkunft für die Betreuungskraft:

- Eigenes Zimmer       Eigenes Bad       Badmitbenutzung       Eigener Fernseher       Internet

Wie wird der Freizeitausgleich geregelt?

- 2 - 3 Stunden täglich       2 Nachmitage pro Woche

Darf die Pflegekraft 1- 2 mal pro Woche ihre Familie im Ausland anrufen? (ca. 5,00€ im Monat)

- Ja       Nein

Anmerkungen

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

PRIVATE-PFLEGE 24  
Inh. Daniela Hoinka  
Veistraße 62  
59073 Hamm  
Tel/ Fax 02381-370 93 18  
Mobil 01578 247 95 98  
E-Mail info@private-pflege24.de  
www.PRIVATE-PFLEGE24.de

