



## Fragebogen zur Vermittlung einer 24 Stunden Betreuerin

### I. Zu betreuende Person(en) / ein oder zwei Personen die in einem gemeinsamen Haushalt leben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

#### Anschrift & Erreichbarkeit

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### II. Vertragspartner - (falls abweichend von Punkt 1)

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

### III. Ansprechperson

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

(Verwandtschafts-) Verhältnis zu der pflegenden Person \_\_\_\_\_

#### Anschrift & Erreichbarkeit

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### IV. Angaben zu Angehörigen

Leben im gemeinsamen Haushalt                      Kommen zu Besuch - wie oft? \_\_\_\_\_

Keine Angehörigen / kein Kontakt

#### Kurze Beschreibung des Gesundheitszustandes

Welche chronischen Erkrankungen liegen vor? \_\_\_\_\_

Gibt es Allergien? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



Soll die Betreuerin Diät kochen, wenn ja welche bzw. worauf ist zu achten?

\_\_\_\_\_

**Pflegegrad:** beantragt 0 1 2 3 4 5 Härtefall

**Kommt der ambulante Pflegedienst zusätzlich zur Unterstützung?** nein ja, wie oft \_\_\_\_\_

Welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst? \_\_\_\_\_

**Körperliche Verfassung:**

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Haut** intakt offene Wunden, welche: \_\_\_\_\_

**Schmerzen** immer häufig selten

**Akute Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Geistiger Zustand:**

verbale Kommunikation: voll umfänglich möglich teilweise eingeschränkt  
leichte Vergesslichkeit fortgeschrittene Demenz

**Medikamente:**

Wer soll die Medikamente verabreichen? Betreuerin Angehörige Pflegedienst

**Mobilität:**

kann allein gehen kann mit Hilfe gehen kann mit Hilfe stehen bettlägerig

**An- und Auskleiden:** selbständig: ja nein

**Essen und Trinken:** selbständig: ja nein

**Toilette:** Selbständig mit Hilfe Inkontinenz: teilweise vollständig Dauerkatheter

**Duschen/Baden:** Selbständig mit Hilfe Hilfsmittel Welche: \_\_\_\_\_

**V. Haushalt**

Haus Wohnung Zimmeranzahl \_\_\_\_\_ Fläche, die sauber gehalten werden muss: ca. \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Gibt es Haustiere? ja nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Garten ja nein Sind leichte Gartenarbeiten erwünscht? ja nein



## VI. Lieblingsbeschäftigungen, Interessen, Hobbys

### Nachtruhe

Geht um \_\_\_\_\_ Uhr zu Bett Steht um \_\_\_\_\_ Uhr auf

Schlaf und Wachrhythmus gestört: ja nein Braucht nachts Hilfe ja nein weiß nicht

## VII. Wünsche bezüglich der Betreuerin

1. Gewünschter Arbeitsbeginn: \_\_\_\_\_
2. Gute Deutschkenntnisse: sehr wichtig wichtig weniger wichtig
3. Führerschein mit Fahrpraxis: notwendig nicht nötig
4. Nichtraucherin: wichtig nicht wichtig
5. Transport und Begleitung zum Arzt: ja nein
6. Geschlecht: weiblich männlich egal
7. Besondere Erwartungen und Wünsche an die Betreuerin:

---

---

## VIII. Ausstattung des Zimmers für die Betreuerin

Ist ein Zimmer für die Betreuerin schon vorhanden? ja nein wird vorbereitet

Wo befindet sich das Zimmer? \_\_\_\_\_

Ausstattung: Bett Schrank Tisch Radio TV Internetanschluss

Eigenes Bad vorhanden? ja nein Eigene Toilette? ja nein

### Freizeitregelung

Freizeit pro Tag \_\_\_\_\_ Stunden oder (nach Möglichkeit 2 Std.)

pro Woche \_\_\_\_\_ Stunden /wann? \_\_\_\_\_ (nach Möglichkeit 4 Std.)

Nach Absprache bei Arbeitsbeginn

Ihre Angaben benötigen wir, um eine/n für Sie geeignete/n und passende/n Betreuer/in zu finden. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und dienen ausschließlich der Vermittlung. Fügen Sie bitte ein separates Blatt bei, sofern dies zur Vervollständigung Ihrer Angaben nützlich ist.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_