

KUNDENFRAGEBOGEN

1. Zu betreuende Person 1. (Einzelperson)

Name:

Anschrift:

Postempfänger

Geburtsdatum:

Telefon/Fax:

Mobil:

Email:

1.1. Zu betreuende Person 2. (Partner/-in Lebensgefährte/-in, Ehefrau/-mann)

Name:

Geburtsdatum:

Mobil:

Email:

1.2. Kontaktperson / Angehörige / Ansprechpartner

Name:

Anschrift:

Postempfänger:

Telefon/Fax:

Mobil:

Email:

Geschäftlich:

Verhältnis zur betreuenden Person/en (Kind/Enkel/etc.):

2. Wohnverhältnisse

Die zu betreuende/n Person/en lebt/leben

in einem Haus in einer Wohnung

Im Haushalt wohnen insgesamt _____ Personen

Sind Haustiere vorhanden? Nein Ja

Welche?

Die Betreuungskraft wird untergebracht:

in _____ Zimmer(n) Ausstattung: mindestens Bett und Schrank,
ein Fernseher wird zusätzlich zur Verfügung gestellt

kann ein getrenntes Bad/WC benutzen

Sonstiges:

die Betreuungskraft darf 1 – 2 Mal pro Woche ihre Familie in Polen anrufen.

es wird eine Flatrate für Telefonate ins Ausland abgeschlossen bzw. existiert.

Internet vorhanden Internet nicht vorhanden

Ein Internetanschluss wird eingerichtet

3. Angaben zum Auftrag (Auftragszeit)

Einsatzbeginn ist

so schnell wie möglich ab dem _____

Auch der 24-Stunden-Betreuungskraft muss ein gewisses Maß an Freizeit gewährleistet werden.

Hier gibt es als Alternative die Wahl zwischen zwei freien Stunden täglich, die von der Betreuerin nach eigenem Ermessen gestaltet und verbracht werden können, oder ein freier Nachmittag wöchentlich von mindestens 8 Stunden, die ebenfalls zur freien Verfügung stehen.

2 Stunden Freizeit täglich 1 freier Nachmittag pro Woche von 8 Stunden

Selbstverständlich muss sich aber auch die Betreuerin an die Bedürfnisse der zu betreuenden Person anpassen.

Während der Freizeit der Betreuungskraft ist die Versorgung der zu betreuenden Person

gewährleistet.

nicht gewährleistet. Die zu betreuende Person kann aber allein bleiben.

4. Krankheitsbild der zu betreuenden Person/-en

	zu Person 1	zu Person 2
Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MS-Patient*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehbehinderung (Blindheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit dem Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche?

4.1. Auswirkungen von Erkrankungen, Behinderungen und Leiden

	zu Person 1	zu Person 2
Bettlägerigkeit*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin-Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhl-Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katheter vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	zu Person 1	zu Person 2
Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störung Tag/Nacht Rhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG Sonde vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Markumarpatient/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steht Nacht bis zu 2 x auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steht Nacht mehr als 2 x auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2. Hilfestellungen sind erforderlich bei

	zu Person 1	zu Person 2
Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aufstehen/Zubettgehen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinführen/Benutzen WC*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewicht (nur bei mit * gekennzeichneten Punkten)

_____ kg

_____ kg

4.3. Vorhandene Hilfsmittel

	zu Person 1	zu Person 2
Gehstock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator/Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badewannenlift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppenlift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antithrombose-Strümpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4. Bisherige Versorgung des/der Kunden

selbstständig

durch Angehörige

amb. Pflegedienst

Wenn ein ambulanter Pflegedienst die bisherige Versorgung übernommen hat, kommt dieser Weiterhin?

nein

ja

Welche Tätigkeiten werden vom Pflegedienst durchgeführt und wie oft kommt er?

Bitte beachten Sie, dass die Betreuungskräfte keine Tätigkeiten übernehmen dürfen, die in den Bereich der medizinischen Behandlungspflege (z.B. medikamentöse Behandlung) fallen. Hierfür ist eine examinierte und anerkannte Pflegefachkraft erforderlich.

5. Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht unwichtig weiblich männlich
Mindestalter unwichtig ab _____ Jahre
Führerschein unwichtig erforderlich
Tierlieb unwichtig ja nein

5.1. Sprachkenntnisse der Betreuungskraft

Die Betreuungskraft verfügt über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache, einfache Anweisungen und Unterhaltungen sind möglich.

Die Betreuungskraft verfügt über gute Kenntnisse der deutschen Sprache. Viele Unterhaltungen sind möglich.

Unterhaltungen sind in einer anderen Sprache möglich und zwar in

5.2. Anforderungsprofil der Betreuungskraft

Ich überlasse die Auswahl der geeigneten Betreuungskraft dem Team Sylwias Vermittlungen.

Wir bitten um Zusendung einer kurzen Beschreibung der ausgewählten Person.

6.1. Tagesablaufplan für

Frau

Herrn

Familie

Zur besseren Organisation möchten wir Sie um eine kurze Schilderung des Tagesablaufs bitten.

6.2. Zeitlicher Überblick

___ : ___ Uhr: _____

___ : ___ Uhr: _____

___ : ___ Uhr: _____

___ : ___ Uhr: _____

___ : ___ Uhr: _____

___ : ___ Uhr: _____

___ : ___ Uhr: _____

___ : ___ Uhr: _____

___ : ___ Uhr: _____

6.3. Persönliche Vorlieben

	zu Person 1	zu Person 2
Spaziergänge unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Literatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

6.4. Spezielle Wünsche bei der Speisezubereitung

Frühstück:

Mittagessen:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

Zwischendurch:

7. Platz für weitere/sonstige Bemerkungen

Der Kundenfragebogen dient als Leistungsbeschreibung für den Vermittler und den selbständigen Dienstleister und wird nach Abschluss Bestandteil des zwischen Vermittler und Kunden zu schließenden Vermittlungsvertrages.

Mit der Archivierung seiner Daten und der Weitergabe an potentielle Betreuerin erklärt sich der Unterzeichner einverstanden.

Ort, Datum

Pflegeperson/Angehöriger