



Fragebogen für eine unverbindliche Preisauskunft
und den Erhalt von Bewerbungsprofilen

Bitte bei Ehepaaren pro Person einen Fragebogen ausfüllen/Zutreffendes ankreuzen

1. Personendaten

Antragsteller:

Nachname	Telefon
Vorname	Fax
Straße	Mobil
PLZ/Ort	E-Mail

Leistungsempfänger: ☐ Person 1 ☐ Person 2

Nachname	Gewicht Größe.....
Vorname	geboren am

Nachname	Gewicht Größe.....
Vorname	geboren am
Wohnort	Straße

Telefonnummer:

Wie ist das Verhältnis zum Antragsteller?

☒ Vater ☐ Mutter ☒ Sonstiges

Wer soll Vertragspartner werden?

☒ Antragsteller ☐ Leistungsempfänger

2. Angaben zur Pflege

Welche Pflegestufe liegt vor?

☐ Keine ☐ Pflegestufe I ☐ Pflegestufe II ☐ Pflegestufe III

☐ Härtefall ☐ Pflegestufe ____ beantragt

Gesundheitszustand:

Mobilität:

☐ läuft alleine ☐ bettlägrig ☐ muss angehoben werden

☐ kann dabei mithelfen ☐ kann selbstständig aufstehen

Hilfsmittel:

☐ Gehhilfe/Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Unterarmgehstützen ☐ Lifter

☐ Hebegurt/-sitz ☐ Wannenlifter ☐ Pflegebett ☐ Dekubitusmatratze

☐ Hörgerät ☐

Geistiger Zustand:

☐ klar ☐ teilnahmslos ☐ apathisch ☐ verwirrt ☐ depressiv ☐ aggressiv

Toilette: ☐ selbstständig ☐ Teilinkontinenz ☐ Vollinkontinenz ☐ mit Hilfe

Hilfsmittel:

☐ Vorlagen ☐ Windeln ☐ Urinflasche ☐ Dauerkatheter ☐ Toilettenstuhl

Krankheiten:

☐ Alzheimer ☐ Demenz ☐ Schlaganfall ☐ Dauerkatheter

- ☐ MS-Patient ☐ Diabetes ☐ Schwerhörig ☐ Druckgeschwür
☐ Parkinson ☐ Tumor ☐ Bluthochdruck ☐ Herz-Kreislaufkrankung
☐ Asthma ☐ Allergie ☐ Rheuma ☐ Stoma ☐ künstl. Darmausgang
☐ sonstige Krankheiten, auch Diäten:

Ist ein Pflegedienst beauftragt? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, soll/wird dieser weiterhin kommen? ☐ ja ☐ nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

.....

Kommunikationsfähigkeit:

Sprache: ☐ keine ☐ geringe ☐ starke Einschränkung
 Sehvermögen: ☐ keine ☐ geringe ☐ starke Einschränkung
 Hörvermögen: ☐ keine ☐ geringe ☐ starke Einschränkung

Arbeitszeiten:

Geschätzte tatsächliche Arbeitszeit am Tag: Stunden

Regelmäßige Nachtarbeit:

Ein-/Durchschlafen: ☐ keine Probleme ☐ sporadisch ☐ Schlaf-Wach-Rhythmus gestört

Nachtruhe: ☐ ungestört ☐ gelegentlich gestört ☐ oft erhebliche Unruhe

☐ regelmäßige nächtliche Betreuung oder Überwachung; Grund:

.....

Falls ja, wie häufig werden die Nachteinsätze voraussichtlich erforderlich sein:

☐ gelegentlich ☐ oft ☐ regelmäßig:

Aktuelle Therapien:

☐ keine ☐ Krankengymnastik ☐ Logopädie ☐ Ergotherapie

- ☐ Wohnung/Hausputzen ☐ Haustierpflege ☐ Auto fahren
☐ zum Arzt begleiten ☐ Freizeitgestaltung ☐ gemeinsame Ausflüge
☐ Hilfe bei Körperpflege ☐ Gartenarbeit ☐ Spazieren gehen
☐ einkaufen gehen ☐ Weiteres bitte unten auflisten :

5. Personalanforderungen

- Deutschkenntnisse: ☐ Grundkenntnisse – Verstehen mit Schwierigkeiten, Sprechen kaum
 ☐ Kommunikativ – Verstehen gut, Sprechen mit Schwierigkeiten
 ☐ Gut – einfache Unterhaltung ist möglich
 ☐ Gut + (+) – Unterhaltung nahezu ohne Einschränkung

Alter: ☐ 20-30 ☐ 30-40 ☐ ab 40- ☐ egal

Pflegeerfahrung: ☐ ja ☐ nein

Kochkenntnisse: ☐ ja ☐ nein

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ egal

Führerschein: ☐ ja/wichtig ☐ gerngesehen ☐ egal

nstiges: So.....

Vorgesehene Einsatzdauer: Wann soll die Betreuung beginnen?

Das Ausfüllen des Anamnesebogens ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keiner Zahlung. Ihre Angaben dienen ausschließlich dazu, Ihnen ein geeignetes Angebot zu erstellen.

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Datum: Unterschrift: