

Hilfe im Alltag
Vermittlungsagentur Engler



BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSSFÜLLEN

1. KONTAKTPERSON

Name:
Vorname:
Verwandschaft der zu betreuenden Person:.....
Straße:
PLZ/ORT:
Telefon:
E-Mail:

2. ANGABEN ZUR ZU BETREUENDEN PERSON

Name/ Vorname:
Geburtsdatum:
Größe:
Gewicht:
Straße:
PLZ/ ORT:
Telefon:

3. Pflegegrad

☐ kein Pflegegrad	☐ 2
☐ 1	☐ 3
☐ oder beantragt 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	

4. LEIDEN SIE AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

☐ Asthma	☐ Diabetes	☐ Demenz
☐ Osteoporose	☐ Herzinsuffizienz	☐ Chronische Durchfälle
☐ Depression	☐ Inkontinenz	☐ Schlaganfall __ re __ li
☐ Herzinfarkt	☐ Alzheimer	☐ Rheuma
☐ Hypertonie	☐ Tumor	☐ Multiple Sklerose
☐ Dekubitus	☐ Parkinson	☐ Stoma
		Sonstige Krankheiten oder Behinderungen:

5. GRUNDSÄTZLICHE FRAGEN:

a)	Ist die zu betreuende Person bettlägerig?	Ja ☐	Nein ☐
b)	Muss die zu betreuende Person gelagert werden?	Ja ☐	Nein ☐
c)	Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer?	Ja ☐	Nein ☐
d)	Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen?	Ja ☐	Nein ☐
e)	Mit wem wohnt die zu betreuende Person zusammen?		
f)	Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?	Ja ☐	Nein ☐
g)	Ist die zu betreuende Person Raucher?	Ja ☐	Nein ☐
h)	Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?	Ja ☐	Nein ☐
i)	Soll der ambulante Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden?	Ja ☐	Nein ☐
Wenn ja, wie oft täglich? Für welche Tätigkeiten?			
.....			
.....			

Ich erkläre hiermit, dass die zu betreuende Person und alle Mitbewohner, nicht an ansteckenden Krankheiten leiden.

.....
Unterschrift

6. KOMMUNIKATION:

6.1	Hören	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
6.2	Sehen	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
6.3	Sprechen	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
6.4	Hilfsmittel	☐ Brille	☐ Hörgerät	Sonstige

7. ORIENTIERUNG:

7.1	Zeitlich	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
7.2	Örtlich	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
7.3	Persönlich	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt

8. SICH BEWEGEN:

8.1	Gehen	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
8.2	Stehen	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
Bemerkungen :				
.....				
.....				

8.3 HILFSMITTEL:

☐ Stock	☐ Dekubitus Matratze
☐ Pflegebett	☐ Badewannenlift
☐ Nachtstuhl	☐ Rollstuhl
☐ Rollator	☐ Sonstige

9. HYGIENE:

9.1	Duschen	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
9.2	Hautpflege	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
9.3	Mundpflege	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
9.4	Haarpflege	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
9.5	Intimpflege	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
9.6	Handpflege	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
9.7	Fußpflege	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
9.8	Rasieren	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt

10. ESSEN UND TRINKEN

10.1	Essen	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
10.2	Trinken	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
10.3	Kauen und Schlucken	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
10.4	PEG Sonde	☐ Ja		☐ Nein
10.5	Ernährungszustand	☐ Normal	☐ Unterernährt	☐ Fettleibig
10.6	Kost	☐ Vollwert	☐ Vegetarisch	☐ Diabetes

11. AUSSCHIEDUNGEN

11.1	Urininkontinenz	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
11.2	Stuhlinkontinenz	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich

11.3 HILFSMITTEL

Blasenkatheter	☐ ja	☐ nein
Urinflasche	☐ ja	☐ nein
Windeln	☐ ja	☐ nein
Vorlagen	☐ ja	☐ nein

12. SICH KLEIDEN

12.1	Ankleiden	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
12.2	Auskleiden	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt

13. SCHLAFEN

Einschlafstörungen	☐ ja	☐ nein
Durchschlafstörungen	☐ ja	☐ nein
Medikamente :		

14. THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

Ergotherapie	☐ ja	☐ nein
Musiktherapie	☐ ja	☐ nein
Logopädie	☐ ja	☐ nein
Krankengymnastik	☐ ja	☐ nein

15. HOBBY UND CHARAKTER:

Beschreiben Sie bitte in ein paar Worten den Charakter der zu betreuenden Person:

.....
.....
.....

16. ZUSÄTZLICHE BEMERKUNGEN:

.....
.....
.....
.....

17. ANGABEN ZUR GEWÜNSCHTEN BETREUNGSKRAFT:

17.1	☐ Frau	☐ Mann	☐ Irrelevant
17.2	Kann dem Personal ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden?		☐ ja ☐ nein

18. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT DER BETREUNGSKRAFT:

☐ Kochen	☐ Einkaufen gehen	☐ Wäsche waschen
☐ Bügeln	☐ Spazieren gehen	☐ Freizeit
☐ Arztbesuche	☐ Auto fahren	
☐ Haustiere versorgen	Falls ja, welche :	

19. BESCHREIBUNG DER UNTERKUNFT

☐ Großstadt	☐ Kleinstadt	☐ Ländlich / Dorf
☐ In einem Mehrfamilienhaus	☐ Einfamilienhaus	☐ Mit Garten
Sonstige:		

19.1 ZIMMERAUSSTATTUNG FÜR DIE BETREUNGSKRAFT:

☐ Eigenes Bad	☐ Radio	☐ Bett	☐ TV
☐ Schrank	☐ Tisch	☐ Internetzugang	☐ Computer

19.2 EINKAUFSMÖGLICHKEITEN: (ZU FUß)

☐ ca. 10 Min.	☐ ca. 20 Min.	☐ ca. 30 Min.	☐ Wird von der Familie erledigt
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--

SPRACHKENNTNISSE DES BETREUUNGSPERSONALS:

Der Preis ist abhängig von dem Pflegegrad der zu betreuenden Person, dem Leistungsaufwand wie auch den Qualifikationen und Sprachkenntnissen der Betreuerin.

Kommunikatives Deutsch

Die Betreuungskraft kommuniziert in einfachen Sätzen. Sie kann sich so verständigen, dass ein normales Gespräch ohne größere Anstrengung möglich ist. Sie verfügt über einen erweiterten Wortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich.

Gutes Deutsch

Die Verständigung funktioniert ohne Probleme und in vollen Sätzen. Die Betreuungskraft meistert die Alltagssituationen und Gespräche und zeigt einen sicheren Umgang mit der deutschen Sprache. Sie verfügt über einen umfangreichen Wortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich.

Sehr gutes Deutsch

Die Kommunikation verläuft ganz leicht und fließend. Diese Betreuungskraft verfügt oft über andere Betreuungskompetenzen wie Erfahrung oder Schulungen in der Alten und Krankenpflege.

Beachten Sie bitte, dass die jeweiligen sprachlichen Kompetenzen einer Betreuungskraft im großen Maße von ihrer Persönlichkeit und Erfahrung abhängig sind.



Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass meine hier angegebenen Daten und Informationen zur Erfüllung des Vermittlungsvertrages durch Vermittlungsagentur Engler, Christiane Engler und Kooperationspartner genutzt werden dürfen.

Eine Datenerhebung sowie Datenverarbeitung ist nur gestattet, wenn Sie den Betreuungsfragebogen ausdrucken und die Datenschutzerklärung unterzeichnen. Fehlt Ihre Unterschrift, so darf Vermittlungsagentur Engler Ihre Daten nicht an Kooperationspartner weiterleiten. Wir bitten um Ihr Verständnis. Die Angabe der Daten ist freiwillig, aber notwendig für die Realisierung des o.g. Zwecks und zum Schutz Ihrer Gesundheit. Sie haben ein Auskunfts und Berichtigungsrecht in Bezug auf Ihre Daten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Kunden

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Dienstleister