

## KONTAKTFORMULAR (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

### Kontaktperson

Vorname: ..... Name: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: ..... Fax: .....

Mobil: .....

E-Mail: .....

### Zu betreuende Person

Vorname: ..... Name: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: ..... Fax: .....

Mobil: .....

E-Mail: .....

### Persönlichen Angaben der zu betreuenden Person

Geburtsdatum: .....

Gewicht: .....

Größe: .....

## Wohnsituation

- Haus ☐
- Wohnung ☐
- Welche Etage .....
- Wohnfläche qm .....
- Anzahl Zimmer .....
- Garten vorhanden ja ☐ nein ☐
- Wünschen Sie leichte Gartenarbeiten? ja ☐ nein ☐
- Wohnt allein ☐
- Zu zweit ☐
- Mehrere Personen ☐
- Wenn ja, wie viele? .....
- Haustiere vorhanden ja ☐ nein ☐
- Wenn ja, welche? .....

## Betreuungsbedarf

- Pflegestufe 1 ☐
- Pflegestufe 2 ☐
- Pflegestufe 3 ☐
- beantragt 1 2 3 ☐
- keine ☐
- Benötigen Sie Hilfe bei der Antragsstellung? ja ☐ nein ☐
- Wünschen Sie eine professionelle Beratung? ja ☐ nein ☐

Sind Grunderkrankungen vorhanden?

Demenz ☐ Alzheimer ☐ MS ☐

Sind andere Erkrankungen vordergründig? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?

.....

.....

Begleiterkrankungen? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

Ist die zu Pflegenden Person schon einmal im Altersheim gewesen? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie lange?

.....

Weshalb haben Sie sich für die häusliche Betreuung entschieden?

.....

.....

.....

.....

Haben Sie schon Erfahrungen mit der 24-Stunden Betreuung aus Osteuropa gemacht?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, aus welchem Land? .....

Wie würden Sie ihre Erfahrung einschätzen? gut ☐ nicht gut ☐

Wenn nicht gut, weshalb?

.....

.....

.....

Ist bei Ihnen zurzeit ein Pflegedienst aktiv?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie oft?

täglich ☐ wöchentlich ☐ am Wochenende ☐

Welche Leistungen erfüllt der Pflegedienst?

.....

.....

.....

.....

Sollen die Leistungen des Pflegedienstes weiterhin in Anspruch genommen werden?

ja ☐ nein ☐

Wird die zu betreuende Person zurzeit therapeutisch behandelt?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie?

.....

.....

.....

.....

Welche grundpflegerische Tätigkeit benötigt die zu betreuende Person?

.....

.....

.....

.....

## Allgemeiner Zustand der zu betreuenden Person

### Mobilität – Bewegung

- selbständig ☐
- benötigt Unterstützung ☐
- überwiegend im Rollstuhl ☐
- bettlägerig ☐

### Treppensteigen

- selbständig ☐
- benötigt Unterstützung ☐
- komplette Unterstützung notwendig ☐
- nicht möglich ☐

### Transfer Rollstuhl – Bett

- benötigt keine Hilfe ☐
- benötigt gelegentlich Unterstützung ☐
- komplette Unterstützung notwendig ☐
- bettlägerig ☐

### Sind Hilfsmittel vorhandene?

- Gehstock ☐
- Rollator ☐
- Rollstuhl ☐
- Transferlifter ☐
- Badewannenlifter ☐
- Dekubitusmatratze ☐
- Pflegebett ☐

### Körperpflege – Duschen – Baden

- selbständig benötigt keine Hilfe ☐
- benötigt gelegentlich Unterstützung ☐
- komplette Unterstützung notwendig ☐

### An- und Auskleiden

- selbstständig benötigt keine Hilfe ☐
- benötigt gelegentlich Hilfe ☐
- komplette Unterstützung notwendig ☐

### Ernährung – Trinken

- selbstständig benötigt keine Hilfe ☐
- benötigt gelegentlich Unterstützung ☐
- komplette Unterstützung notwendig ☐

### Kommunikation – Sprache

- keine Probleme ☐
- leichte Sprachstörung ☐
- starke Sprachstörung ☐

### Sehkraft – Hörvermögen

- benötigt keine Brille ☐
- benötigt Brille ☐
- benötigt kein Hörgerät ☐
- benötigt Hörgerät ☐

### Orientierungs-Probleme

- persönlich ☐
- zeitlich ☐
- örtlich ☐

### Einschlafen

- keine Probleme ☐
- gelegentlich Einschlafstörung ☐
- öfters Einschlafstörung ☐

### Durchschlafen

- keine Probleme ☐
- Störung des Wach-Schlafrhythmus ☐

## Urinkontrolle

- Kontinent ☐
- teilweise Kontinent ☐
- Vorlagen ☐
- Windeln ☐
- Katheter ☐
- Urinflasche ☐
- inkontinent ☐

## Stuhlkontrolle

- kontinent ☐
- teilweise Inkontinent ☐
- inkontinent ☐

## Erwartungen und Rahmenbedingungen des Betreuungspersonals

Einsatzbeginn .....

Voraussichtliche Einsatzdauer .....

Frau ☐ Mann ☐ egal ☐

Raucher ☐ Nichtraucher ☐ egal ☐

## Alter

20-30 Jahre ☐ 30-40 Jahre ☐ 40-50 Jahre ☐ älter als 50 Jahre ☐ egal ☐

## Sprachkenntnisse

fließend ☐ kommunikativ ☐ Grundkenntnisse ☐ unwichtig ☐

## Kfz-Führerschein notwendig?

ja ☐ nein ☐

## Kranken- Altenpfleger Ausbildung

sehr wichtig ☐ wichtig ☐ unwichtig ☐

Welche Art hauswirtschaftliche Tätigkeiten werden benötigt?

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

## Arbeits- und Freizeitregelung

Einsatzzeit pro Tag: ..... Stunden von ..... Uhr bis ..... Uhr

Ist eine nächtliche Rufbereitschaft notwendig? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie oft? .....

Freizeit pro Tag: Von ..... Uhr bis ..... Uhr

Freizeit pro Woche: Wochentag .....

## Zimmerausstattung des Betreuungspersonals

integriert im Haushalt ☐ außerhalb unweit ☐ weit außerhalb ☐

Zimmer ☐ Appartement ☐

eigenes Bad ☐ gemeinsames Bad ☐

Bett	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Kleiderschrank	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tisch	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Telefon	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Internetanschluss	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Radio	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
TV	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Sonstige Ausstattungs-Merkmale:

.....

.....

.....

.....

Sonstige Bemerkungen – Anregungen:

.....

.....

.....

.....

Wie sind Sie auf Care Assistant 24 aufmerksam geworden?

.....

.....

.....

.....

Antwort erwünscht per

Telefon ☐ Fax ☐ schriftlich ☐ E-Mail ☐