

Ausgefüllt am: _____

Gewünschter Beginn der Betreuung: _____

1. Angaben zur Kontaktperson:

Name: _____ Telefon : _____ E-Mail Adresse: _____

Verwandtschaftsgrad zwischen Kontaktperson und Hilfebedürftigen: _____

2. Angaben zum Hilfebedürftigen (Leistungsempfänger):

PLZ, Wohnort: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Pflegegrad: kein kein, wird/ist beantragt 1 2 3 4 5

Wie ist die Mobilität?: selbstständig mit Unterstützung (Gehstock, Rollator)
 überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Hilft der Hilfebedürftige beim Transfer/Umsetzen (z.B. beim Aufstehen, vom Bett in den Rollstuhl, kurzes Stehen mit Hilfe möglich etc.) mit? ja nein, ist nicht mobil und benötigt Patientenlift

Krankheiten (bitte beschreiben Sie): z.B. Schlaganfall, beginnende Demenz, Inkontinenz (Urin- oder Stuhlgang), Parkinson, Einschränkung Kommunikation oder Orientierung etc.

Hilfe und Unterstützung wird benötigt bei:

Körperhygiene: Waschen am Waschbecken Waschen im Bett Duschen

An-, Auskleiden Nahrungsaufnahme Toilettengang Medikamenteneinnahme erinnern

Anmerkungen: _____

Wohnt der Hilfebedürftige alleine? Ja Nein

Falls nein, mit wem lebt die hilfebedürftige Person zusammen? _____

Ist der/ein Mitbewohner hilfebedürftig? Ja Nein

Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Pflegegrad: kein kein, wird/ist beantragt 1 2 3 4 5

Wie ist die Mobilität des Mitbewohners?: selbstständig mit Unterstützung (Gehstock, Rollator)
 überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Hilft der Mitbewohner beim Transfer/Umsetzen mit? ja nein, ist nicht mobil und benötigt Patientenlift

Krankheiten des Mitbewohners (bitte beschreiben Sie): _____

Dieser Fragebogen wird ein Bestandteil des Dienstleistungsvertrages. Bitte füllen Sie ihn ausführlich und vollständig aus. Bitte senden Sie ihn:

1

Per E-Mail:
info@aurea-pflegevermittlung.de

Per Post
aurea Pflegevermittlungs GmbH
Neuendorfstraße 18 b
16761 Hennigsdorf / Berlin

Der Mitbewohner benötigt Hilfe und Unterstützung bei:

Körperhygiene: Waschen am Waschbecken Waschen im Bett Duschen
 An-, Auskleiden Nahrungsaufnahme Toilettengang Medikamenteneinnahme erinnern
Anmerkungen: _____

Welche Hilfsmittel sind im Haushalt vorhanden?: _____

Sind ansteckende Krankheiten/ Keime bekannt? Ja (Welche? _____) Nein

Ist Nacharbeit zu verrichten?: Nein Ja / Wie oft und welche Tätigkeit: _____

3. Gewünschter Leistungsumfang im Haushalt/sonstiges:

Wohnungsreinigung Essensvorbereitung/Kochen Einkaufen (sollte zu Fuß erreichbar sein)
 Wäsche waschen, bügeln Haustierversorgung
 Spazierengehen Begleitung bei Terminen
 Sonstiges: _____

4. Wohnsituation

Einfamilienhaus (mit oder ohne Garten) Wohnung (_____ qm)
Gibt es Haustiere im Haushalt? Ja (Welche? _____) Nein

5. Unterbringung / Angaben zur gewünschten Betreuungskraft

Unterbringung: Zimmer separate Wohnung

Zusätzliche Ausstattung der Unterkunft (Bett, Kleiderschrank und Bad-Mitbenutzung sind vorausgesetzt): TV Internet/Wlan Telefonmitbenutzung eigenes Bad

Geschlecht: Frau Mann
Alter: 20-30 30-40 älter als 40

In welcher Form kann der Betreuungskraft Freizeit zur Verfügung gestellt werden?

2 halbe Tage in der Woche 1 Tag in der Woche

Deutsche Sprachkenntnisse:

Grundkenntnisse mittlere Kenntnisse gute Kenntnisse

Führerschein

Ja (Automatik- oder Schaltgetriebe?) Nein

Raucher/in

Nein, keine Person die raucht egal

6. Welche weiteren Informationen sind Ihnen wichtig? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Dieser Fragebogen wird ein Bestandteil des Dienstleistungsvertrages. Bitte füllen Sie ihn ausführlich und vollständig aus.
Bitte senden Sie ihn:

2

Per E-Mail:
info@aurea-pflegevermittlung.de

Per Post
aurea Pflegevermittlungs GmbH
Neuendorfstraße 18 b
16761 Hennigsdorf / Berlin