

**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 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 (bitte beschreiben Sie): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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?

mehrere Stunden pro Tag  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? \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen möglichst vollständig ausgefüllt:

2

**Per Fax:**  
03302 / 559-566

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

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