

## ALLGEMEINER FRAGEBOGEN FÜR BETREUUNGSPERSONAL

Diese Informationen werden von uns streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich dem Auswahlverfahren von Betreuungspersonal und sind die Grundlage für die Erstellung eines unverbindlichen, kostenlosen Angebotes.

Die monatliche Kosten sind von den unten genannten Faktoren abhängig und sind wie folgt gestaffelt:

1. Gewünschte Sprachkenntnisse des Betreuungspersonal
2. Welcher umfang von Leistungen soll erbracht werden
3. Pflegebedürftigkeit der zu pflegende Person (Pflegestufe)
4. Berufliche Qualifikation der Pflegekraft
5. Berufserfahrung
6. Andere Anforderungen (z. B. Führerschein, usw. )

**Wenn zutreffend, bitte mit einem Kreuz markieren.**

### 1. Kontaktdaten

**Auftraggeber:** .....

Strasse: .....

PLZ und Ort:.....

Telefon: .....

**Kontaktperson:** .....

Strasse: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

### Die/der Pflegebedürftige

Name/Vorname: .....

Strasse: .....

PLZ und Ort:.....

Telefon: .....

### 2. Die hilfsbedürftige Person/- en

Die zu betreuende Person ist

**Tel.:**

06849 - 99 11 60  
0170 - 48 64 098

E-Mail: [Dopczynska@t-online.de](mailto:Dopczynska@t-online.de)  
[www.betreuungsservice-lebensfreude.de](http://www.betreuungsservice-lebensfreude.de)

**Bank:**

Postbank Essen  
Konto Nr.: 832 734 439  
BLZ: 360 100 43  
IBAN: DE50 3601 0043 0832 7344 39  
BIC: PBNKDEFF

1.  männlich, Alter: \_\_\_\_\_, Pflegestufe: \_\_\_\_\_, Gewicht: \_\_\_\_\_

2.  weiblich, Alter: \_\_\_\_\_, Pflegestufe: \_\_\_\_\_, Gewicht: \_\_\_\_\_

Pflegeversicherung: \_\_\_\_\_ gesetzlich \_\_\_\_\_ privat

**Krankheitsmerkmale:**

Pflegestufe: keine  1  2  3  Härtefall

**Sind Psychische Krankheiten bekannt oder festgestellt?**

	zu 1.	zu 2.
Alzheimer	_____	_____
Inkontinenz	_____	_____
Bettlägerig	_____	_____
Geistig behindert	_____	_____
MS-Patient	_____	_____
Demenz	_____	_____
Gehbehindert	_____	_____
Schlaganfall	_____	_____
Parkinson	_____	_____
Sonstige Krankheiten	_____	_____

Wenn ja, bitte um kurze Erläuterung (nennen Sie bitte die Erkrankung):

.....  
.....

**Einschränkungen:**

Beim Gehen?	ja _____	nein _____
Beim Essen?	ja _____	nein _____
Beim Trinken?	ja _____	nein _____
Sprachstörung?	ja _____	nein _____

**Ein ambulanter Pflegedienst kommt regelmäßig?**

\_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

**Müssen Nachtschichten gemacht werden?**

\_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

**Tel.:**

06849 - 99 11 60  
0170 - 48 64 098

E-Mail: [Dopczynska@t-online.de](mailto:Dopczynska@t-online.de)  
[www.betreuungsservice-lebensfreude.de](http://www.betreuungsservice-lebensfreude.de)

**Bank:**

Postbank Essen  
Konto Nr.: 832 734 439  
BLZ: 360 100 43  
IBAN: DE50 3601 0043 0832 7344 39  
BIC: PBNKDEFF

Wenn ja, wie oft wird die Hilfskraft eingesetzt?

\_\_\_ oft                    \_\_\_ regelmäßig                    \_\_\_ gelegentlich

**3. Gewünschte Leistungen** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Welche Leistungen sollen erbracht werden?**

\_\_\_ 24 Stunden Betreuung

\_\_\_ Hauswirtschaftliche Unterstützung

**Grundpflege**

Anziehen	___ ja	___ nein
Körperpflege	___ ja	___ nein
Aufstehen (von Bett und Stuhl)	___ ja	___ nein
Toilettengängen	___ ja	___ nein
Überwachung der Medikamenteneinnahme	___ ja	___ nein

Sonderwünsche:

.....  
.....

**Hauswirtschaftliche Arbeiten**

Einkaufen	___ ja	___ nein
Kochen	___ ja	___ nein
Putzen	___ ja	___ nein
Waschen	___ ja	___ nein
Bügeln	___ ja	___ nein
Begleitung bei Arztbesuchen	___ ja	___ nein

Der Hilfskraft steht bei einem 24 Stunden Betreuung wenigstens ein freier Tag zur Verfügung. Welcher Tag das ist, können Sie individuell mit der Betreuerin ausmachen.

Sonderwünsche:

.....  
.....

**Voraussichtliche Dauer der Einsätze:**

\_\_\_ 1 Monat                    \_\_\_ bis 3 Monate

**4. Wohnverhältnisse**

Die zu betreuende Person lebt:

\_\_\_ in einem Haus                    \_\_\_ in einer Wohnung von \_\_\_ qm mit \_\_\_

**Tel.:**

06849 - 99 11 60  
0170 - 48 64 098

E-Mail: [Dopczynska@t-online.de](mailto:Dopczynska@t-online.de)  
[www.betreuungsservice-lebensfreude.de](http://www.betreuungsservice-lebensfreude.de)

**Bank:**

Postbank Essen  
Konto Nr.: 832 734 439  
BLZ: 360 100 43  
IBAN: DE50 3601 0043 0832 7344 39  
BIC: PBNKDEFF

Zimmer

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut/gepflegt oder bewirtschaftet werden?

\_\_\_ ja \_\_\_ nein (wenn ja) Wie viel Personen insgesamt \_\_\_

Im Haushalt wohnen insgesamt \_\_\_\_\_ Personen.

Haustiere vorhanden (wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ ) \_\_\_ nein

Die Hilfskraft wird untergebracht in \_\_\_\_\_ Zimmer (Ausstattung: unbedingt Bett und Schrank)

-ein Fernseher wird zusätzlich zur Verfügung gestellt \_\_\_\_, getrenntes WC/Bad \_\_\_\_\_

-sonstiges: .....

Darf die Kraft 1\*Mal pro Woche ihre Familie anrufen?

ja \_\_\_ nein \_\_\_

## 5. Das Betreuungspersonal

Ab wann soll die Pflegekraft nach Deutschland kommen? c. a. \_\_\_\_\_

### Deutschkenntnisse des Personals:

- Auch ohne Kenntnisse der deutschen Sprache \_\_\_\_\_
- Einfache Anweisungen auf Deutsch sollten verstanden werden \_\_\_\_\_
- Einfache Anweisungen und einfache Unterhaltung sollten möglich sein \_\_\_\_\_
- Grundkenntnisse der Deutsche Sprache \_\_\_\_\_
- Gutes Verständnis, gute Sprache \_\_\_\_\_
- Flüssiges und grammatikalisch korrektes Deutsch \_\_\_\_\_

## 6. Anforderung an die Hilfskraft

Geschlecht: \_\_\_ unwichtig \_\_\_ weiblich \_\_\_ männlich

Mindestalter: \_\_\_\_\_ unwichtig \_\_\_ ab \_\_\_\_\_ Jahre

Beruf: \_\_\_\_\_ unwichtig \_\_\_ Krankenschwester/Pfleger oder

\_\_\_\_\_ möglichst

Führerschein: \_\_\_\_\_ unwichtig \_\_\_\_\_ erforderlich

Nicht Raucherin \_\_\_\_\_ erforderlich \_\_\_\_\_ unwichtig

Hatten Sie schon vorher eine Betreuung aus Osteuropa?

\_\_\_ ja \_\_\_ nein

Sonstige wünsche:

### Tel.:

06849 - 99 11 60  
0170 - 48 64 098

E-Mail: [Dopczynska@t-online.de](mailto:Dopczynska@t-online.de)  
[www.betreuungsservice-lebensfreude.de](http://www.betreuungsservice-lebensfreude.de)

### Bank:

Postbank Essen  
Konto Nr.: 832 734 439  
BLZ: 360 100 43  
IBAN: DE50 3601 0043 0832 7344 39  
BIC: PBNKDEFF

.....  
.....  
Wir werden unser Bestens tun um eine geeignete Kraft für Sie zu finden.  
Bitte informieren Sie uns wenn Probleme auftreten.

**Wichtig:** Wir weisen hiermit ausdrücklich darauf hin, dass Sie mit Ausfüllung dieses Fragebogens, KEINEN Pflichten eingehen. Dieser Fragebogen ist die Grundlage für die Erstellung eines unverbindlichen, kostenlosen Angebots

Datum .....

Wenn Sie noch Anmerkungen oder Fragen haben, hier können Sie es uns mitteilen.

.....  
.....

**Tel.:**  
06849 - 99 11 60  
0170 - 48 64 098

E-Mail: [Dopczynska@t-online.de](mailto:Dopczynska@t-online.de)  
[www.betreuungsservice-lebensfreude.de](http://www.betreuungsservice-lebensfreude.de)

**Bank:**  
Postbank Essen  
Konto Nr.: 832 734 439  
BLZ: 360 100 43  
IBAN: DE50 3601 0043 0832 7344 39  
BIC: PBNKDEFF