Fragebogen

Kontaktperson - Auftraggeber(in)

Nachname, Vorname _____

Adresse _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____

Verhältnis zur zu betreuenden Person _____

Zuständigkeiten

Vertragspartner (Name, Vorname, E-Mail, Adresse)

_____

_____

Rechnungsempfänger* (Name, Vorname, E-Mail, Adresse)

_____

_____

Erster Ansprechpartner (Name, Vorname, E-Mail, Telefonnummer)

_____

_____

*Rechnungen werden grundsätzlich per Mail verschickt. Falls Sie die Rechnung per Post erhalten möchten, geben Sie bitte die Rechnungsadresse an.

1. Angaben zur zu betreuenden Person - Leistungsempfänger(in)

Nachname, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____

Personen im Haushalt - Wie viele und wer?

_____

Beteiligt/ Beteiligen sich bei der Pflege? ☐ Nein ☐ Ja

Hilft/ Helfen im Haushalt mit? ☐ Nein ☐ Ja

Betreuung/ Pflege ebenfalls erwünscht? ☐ Nein ☐ Ja (Fragebogen pro Person ausfüllen)

Pflegebeginn

☐ So bald wie möglich ☐ Offen ☐ Datum _____

Pflegedauer

☐ Unbegrenzt ☐ 1 Monat** ☐ 3 Monate

**Für einen kurzen Betreuungszeitraum fallen zusätzliche Fahrtkosten an.

2. Pflegebedürftigkeit

Welchen Pflegegrad hat der/ die Pflegebedürftige (0-5)? ___

Wurde eine Erst- oder Höherstufung beantragt? ☐ Nein ☐ Ja

Diagnosen

_____

_____

☐ Palliativpatient(in) ☐ fortschreitend ☐ Endstadium

In der Palliativversorgung geht es um die umfassende Betreuung von Menschen mit nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung. Das oberste Ziel ist die Linderung ihrer Beschwerden und die Steigerung ihrer Lebensqualität.

Die zu betreuende Person leidet an ansteckende Krankheiten ☐ Nein ☐ Ja
Welche? _____

Einnahme von Medikamenten erfolgt

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Kommunikation

Hören	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
Sprechen	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
Sehen	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt

Orientierung

Zeitlich	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
Örtlich	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
Persönlich	☐ uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt

Mobilität und Beweglichkeit

An-/Auskleiden

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Hinsetzten - Aufstehen

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Stehen

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Gehen

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Treppen steigen

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Edelweiss 24 Stunden Betreuung

Spazieren gehen

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Lagern im Bett

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Transfer Bett - Rollstuhl

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Transfer Rollstuhl - Toilettenstuhl

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Toilettengang

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Körperpflege

Haarpflege

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Hautpflege

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Nagel-/ Fußpflege

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Rasieren

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Mund-/ Zahn-/ Protesenpflege

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Waschen im Bett? ☐ Nein ☐ Ja

Baden/ Duschen - Wie oft? _____

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Waschen am Waschbecken/ im Bad

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Intimpflege

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Intimpflege nach Ausscheidung

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Hilfsmittel

_____

_____

Sonstige an der Betreuung und Pflege beteiligten Personen/ Dienstleister

Pflegedienst ja, wie oft und welche Tage? _____

Tagespflege ja, wie oft und welche Tage? _____

Haushaltshilfe ja, wie oft und welche Tage? _____

Podologe/ Fußpflege ja, wie oft und welche Tage? _____

Einkaufsdienst ja, wie oft und welche Tage? _____

Sonstige _____

Nahrungsaufnahme

Nahrungsaufnahme

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Trinken

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Diätvorschriften - **Welche?** _____

Nachtruhe

Schlafenszeit

Von: _____ Bis: _____

Ohne Unterbrechung

☐ Nein ☐ Ja

Werden Schlafmittel eingenommen?

☐ Nein ☐ Ja

Nachteinsätze - Wenn ja, wie oft?

☐ Nein ☐ Ja, _____

Welche Hilfe wird nachts benötigt?

_____

_____

Wichtige Anmerkung

Planen Sie genügend Pausenzeiten für die Betreuungskraft ein, wenn es zu Nachteinsätzen kommt. Der Betreuungskraft stehen täglich zwei bis drei Stunden Pause zu sowie ein freier Nachmittag pro Woche. Im Dienstleistungsvertrag ist eine 40-Stunden-Woche für die Betreuungskraft festgelegt.

Wie wird die Betreuung zur Überbrückung der Pausenzeiten gewährleistet?

_____

_____

In welchen Therapien befindet sich die zu betreuende Person?

Ergotherapie	☐ Zuhause	☐ Auswärts
Logopädie	☐ Zuhause	☐ Auswärts
Physiotherapie	☐ Zuhause	☐ Auswärts

3. Freizeit und Beschäftigung

Tagesgestaltung

☐ selbstständig ☐ braucht Unterstützung ☐ komplett hilfebedürftig

Hobby- / Interessenbeschreibung

_____

_____

Wie ist die zu betreuende Person vom Wesen und Charakter?

_____

_____

Tagesablauf (Bitte soweit es geht mit Angabe der Uhrzeit)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

4. Wohnsituation

Wohnlage

☐ Großstadt ☐ Kleinstadt ☐ Ländlich

Wohnumgebung

☐ Einfamilienhaus ☐ Mehrfamilienhaus ☐ Wohnung

Einkaufsmöglichkeit zu Fuß erreichbar in ca.

☐ unter 15 Minuten ☐ unter 30 Minuten ☐ über 30 Minuten

Ausstattung des Zimmers/ Wohnraums der Betreuungskraft

☐ Eigenes Bad	☐ Bett*	☐ TV
☐ Tisch und Stuhl	☐ Schrank	☐ WLAN**
☐ separate Wohnung	☐ Auto	☐ Sonstiges (Bsp.: Fahrrad) _____

* Eine bequeme Schlafmöglichkeit ist wichtig für einen erholsamen Schlaf, damit die Betreuungskraft Ihrem Angehörigen bestens zur Seite stehen kann.

** Eine WLAN-Verbindung ist Voraussetzung und muss gestellt bzw. eingerichtet werden.

Edelweiss 24 Stunden Betreuung

5. Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich ☐ keine Präferenz

Alter

☐ 20-50 ☐ älter als 50 ☐ keine Präferenz

Führerschein

☐ erforderlich ☐ nicht erforderlich ☐ keine Präferenz

Rauchen

☐ ja ☐ ja, aber nur draußen ☐ nein, unter keinen Umständen ☐ keine Präferenz

Sprachniveau - deutsch*

☐ Grundkenntnisse ☐ mittlere Sprachkenntnisse ☐ sehr gute Sprachkenntnisse**

*Weitere Sprachkenntnisse möglich

Wesen/ Charakter und Sonstige Anforderungen an die Betreuungskraft

_____

_____

**Je besser die Deutschkenntnisse, desto höher der Preis.

6. Welche Aufgaben sollen erbracht werden?

Kochen

☐ Immer ☐ Bei Bedarf ☐ Nie

Putzen

☐ Immer ☐ Bei Bedarf ☐ Nie

Wäsche waschen

☐ Immer ☐ Bei Bedarf ☐ Nie

Bügeln

☐ Immer ☐ Bei Bedarf ☐ Nie

Einkaufen

☐ Immer ☐ Bei Bedarf ☐ Nie

Begleitung zum Arzt

☐ Immer ☐ Bei Bedarf ☐ Nie

Welche weitere Unterstützung wird im Haushalt benötigt?

_____

_____

Sollen Haustiere mitversorgt werden? ☐ Nein ☐ Ja

Um welche/s Tier/e handelt es sich? _____

Wobei wird Unterstützung benötigt? _____

7. Sonstige wichtige Informationen

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

_____

Hinweis zum Datenschutz (EU-DSGVO) und Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die Edelweiss-Betreuung meine personenbezogenen Daten verwenden und weiterleiten dürfen.

Diese dienen allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses. Diese sind notwendig und erforderlich und werden auf Grundlage der geltenden gesetzlichen Bestimmungen (EU-DSGV) erhoben und verarbeitet.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten zur Erfüllung unserer vertraglichen Pflichten an unsere Vertragspartner innerhalb der EU (osteuropäische Personalagenturen) übermitteln. die gleichermaßen zur Einhaltung der EU-DSVG verpflichtet sind.

Mir ist bewusst, dass ich dies Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen für die Zukunft widerrufen kann, indem ich die Edelweiss-Betreuung postalisch unter Tannenäcker 28, 89079 Ulm oder per Mail: info@edelweiss-betreuung.de über meinen Wiederruf gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten informiere.

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für unseren Fragebogen genommen haben.
Das Edelweiss-Team sucht Ihnen so schnell wie möglich eine passende Betreuungskraft, die Ihren Anforderungen mehr als gerecht wird.

_____ _____

Datum Unterschrift