

FRAGEBOGEN

PolVita

Kattenvenner Str. 10 • 49549 Ladbergen

E. info@polvita.de

T. 05485-382 3152

M. 0157-8061 2284

Fax. 05455-9699 7850

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig und ausführlich aus und senden Sie diesen an uns. Wir werden umgehend mit der Angebotserstellung beginnen und uns mit Ihnen in Verbindung setzen.

I. PERSONALDATEN

1. Angaben zu den Ansprechpartnern

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Mobil	Telefon
E-Mail	Fax

2. Daten der zu betreuenden Person

Name	Vorname
Geburtsjahr	Pflegegrad
Gewicht (kg)	Größe (cm)
Straße	PLZ, Ort
Mobil	Telefon
E-Mail	Verhältnis zu der betreuenden Person

II. ANGABEN ZUR BETREUUNG

1. Gesundheitsmerkmale der zu betreuenden Person

Mobilität

kann allein laufen	kann mit Hilfe laufen
benutzt einen Rollstuhl innen	benutzt einen Rollator innen
benutzt einen Rollstuhl außen	benutzt einen Rollator außen
kann selbständig aufstehen	komplett hilfsbedürftig
muss getragen werden	bettlägerig /kein Transfer

Treppensteigen

selbständig	mit Unterstützung	nicht möglich
-------------	-------------------	---------------

Transfer Bett / Rollstuhl

selbständig	braucht Hilfe	vollständig hilfsbedürftig
-------------	---------------	----------------------------

Toilette

selbstständig	mit Hilfe	Werden genutzt ? Windel
Vollinkontinenz	Teilinkontinenz	Vorlagen

Baden

selbständig	braucht Hilfe	vollständig hilfsbedürftig
-------------	---------------	----------------------------

Geistiger Zustand

klar	dem Alter normal	apathisch
verwirrt	vergesslich	aggressiv
Alzheimer	leicht	fortgeschritten
Demenz	leicht	fortgeschritten

Wie äußert sich die Erkrankung (Demenz) ?

Persönlichkeitsveränderungen	Spracherfall
Orientierungslosigkeit	Schreien (z.B. in der Nacht)

Krankheiten

MS-Patient	Bluthochdruck	Schlaganfall
Herz -Kreislaufkrankung	Druckgeschwür	Parkinson
Künstlicher Darmausgang / Stoma	Dauerkatheter	PEG-Sonde
Probleme mit der Speiseröhre	Osteoporose	Schluckstörungen
Diabetes	Tabletten	Spritzen
Tumor	Welche Organe sind betroffen:	
Ein / Durchschlafen	Wie oft steht der Patient / die Patientin in der Nacht auf ?	
1 mal	2-3 mal	mehr als 3 mal
Bekommt Schlafmittel	ja	nein

Weitere Krankheiten

2. Kommunikationsprobleme

Sprache	keine	mäßige	massive Probleme
Hörvermögen	keine	mäßige	massive Probleme
Sehkraft	keine	mäßige	massive Probleme
Hilfsmittel			

3. Betreuungsdauer

1 Monat	bis 3 Monate	länger als 3 Monate
---------	--------------	---------------------

Ab wann soll die Betreuung stattfinden:

4. Aktuelle Art der Betreuung / Aktuelle Therapien

Die Betreuung der zu betreuenden Person übernimmt zurzeit:

Familie	Pflegedienst	Seniorenbetreuer/in	Krankenhaus/ Rhea
---------	--------------	---------------------	-------------------

Welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst und wie oft täglich :

Soll der Pflegedienst abgestellt werden ?

5. Welche Hilfsmittel sind vorhanden

Hebebühne / Hebesitz	Patientenlift	Treppenlift	Pflegebett
----------------------	---------------	-------------	------------

Andere Hilfsmittel

III. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT

1. Welche Tätigkeiten werden notwendig

Kochen	Bügeln	Wäsche waschen	Auto fahren
Wohnung/Haushalt reinigen	Einkaufen gehen	Gartenarbeiten	Arztbesuche
Haustierpflege	Art des Haustieres		
Weitere Erwartungen			

2. Betreuungsumfang

Nachtbetreuung	Hilfe beim Aufstehen	Hilfe beim Hinlegen
Kämmen	Eincremen	Hilfe beim An- und Auskleiden
Vorlagen wechseln	Windel wechseln	Hilfe beim Waschen (Baden, Duschen)
Weitere Aufgaben / Wünsche		

Interessen der zu betreuenden Person (Freizeitgestaltung)

3. Personenanforderungen

Geschlecht	weiblich	männlich	egal
Pflegeerfahrung	egal	nein	ja
Führerschein	egal	nein	ja
Raucher	egal	nein	ja
tierlieb	egal	nein	ja

Deutschkenntnisse

gute Deutschkenntnisse	Die Betreuungskraft verfügt über einen großen Wortschatz und kann sich spontan und fließend ausdrücken.
befriedigende Deutschkenntnisse	Die Betreuungskraft verfügt über einen umfangreichen Wortschatz aus Alltagssituationen und bildet verständliche Sätze.
einfache Deutschkenntnisse	Die Betreuungskraft kann Sätze und häufig gebrauchte Ausdrücke verstehen und sich in einfacher Sprache unterhalten.
Grundkenntnisse	Die Betreuungskraft versteht nur einzelne Wörter und antwortet auf Fragen mit einfachen Wörtern, die sie z.B. in der Frage gehört hat.

IV. RAHMENBEDINGUNGEN

1. Wohnbedingungen

Ist die zu betreuende Person alleinstehend?	ja	nein
Falls nein, wie viele Personen leben im Haushalt? Anzahl Personen		
Wer wohnt noch im gleichen Haushalt?		
Muss die weitere im Haushalt lebende Person betreut werden ?	ja	nein
Wenn die im Haushalt lebende Person nicht betreut werden muss, hilft sie auch bei der Betreuung und im Haushalt?	ja	nein
Steht der Betreuerin / dem Betreuer ein eigenes Zimmer zur Verfügung?	ja	nein
Steht der Betreuerin / dem Betreuer ein eigenes Bad zur Verfügung?	ja	nein
Steht der Betreuerin / dem Betreuer Internet zur Verfügung?	ja	nein

2. Pausenregelung

Die entsandte Arbeitskraft des Dienstleisters soll täglich eine Pause zw. 2-3 Stunden zur Erholung, sowie genügend Schlaf (Nachtruhe von mindestens 8 Stunden) garantiert werden.

Kann die zu betreuende Person während der Pause allein zu Hause sein? ja nein

Wenn (nein), wer kann die Betreuung während der Pause übernehmen ?

3. Beschreibung der Unterkunft

Einfamilienhaus	Mehrfamilienhaus	Wohnung		
Lage				
Großstadt-zentral	Großstadt-abgelegen	Kleinstadt		
Dorf	ländlich			
Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß)				
ca. 10 min	ca. 20 min	ca. 40 min	ca. 1 Std.	länger als 1 Std.

Wer erledigt Einkäufe ?

SONSTIGES

Hier können Sie sonstige Angaben eintragen, die Ihnen wichtig erscheinen und / oder Fragen stellen, die Sie geklärt haben möchten :

Dieser Fragebogen wird ein Bestandteil des Dienstleistungsvertrages. Bitte füllen Sie ihn ausführlich und vollständig aus. Der Fragebogen selbst ist selbstverständlich unverbindlich.

Ort, Datum

Vor-,Nachname

(Digitales Ausfüllen möglich)

Das Bruttogehalt der Betreuungskraft richtet sich nach dem Vorhandensein eines Pflegegrades. Das Geld ist abhängig vom voraussichtlichen Leistungsaufwand, von der Qualifikation der eingesetzten Betreuerin, sowie von den Sprachkenntnissen.

Ja, ich stimme zu, dass die PolVita UG (haftungsbeschränkt), Am Mühlenbach 8 B, 49545 Tecklenburg, meine hier abgefragten Gesundheitsdaten speichert und zur Pflege & Betreuungsvermittlung nutzt. Ich willige ein, dass die PolVita UG (haftungsbeschränkt) meine Daten an externe Dritte (Kooperationspartner) weiterleitet, um entsprechende Personalvorschläge zu bekommen und um eine Vertragsanbahnung zu ermöglichen. Des Weiteren willige ich ein, dass sich aus den hier abgefragten Daten Rückschlüsse über den Gesundheitszustand gewinnen lassen.