

## Anfrage für eine 24 Stunden Betreuung

---

### Zu betreuende Person

Herr  Frau  Familie

#### Kunde 1

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

#### Kunde 2 (bei 2 Personen bitte S. 2/3 doppelt ausfüllen)

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

### Kontaktperson

Herr  Frau

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verhältnis zum Kunden \_\_\_\_\_

## Anfrage für eine 24 Stunden Betreuung

---

### Gesundheitszustand der zu betreuenden Person

#### Diagnosen

- |   |                                      |                                    |                                     |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall     | <input type="checkbox"/> Thrombose   | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Diabetes   |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt      | <input type="checkbox"/> Dekubitus   | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma    | <input type="checkbox"/> Asthma     |
- 

Pflegestufe                       0                       1                       2                       3

Pflegedienst beauftragt     ja                       nein

---

#### Orientierung

- |                                |                             |                               |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • Räumlicher Orientierungssinn | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Zeitl. Orientierungssinn     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Kommunikation möglich        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Weglauftendenz               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
- 

#### Mobilität

- |                    |  |
|--------------------|--|
|                    | <input type="checkbox"/> kann alleine laufen   |
|                    | <input type="checkbox"/> Bettlägrig (wie viele Stunden ?)  |
|                    | <input type="checkbox"/> besteht Sturzrisiko ?   |
| • Hilfe nötig beim | <input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Treppensteigen   |
| • Hilfsmittel      | <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Pflegestuhl<br><input type="checkbox"/> Lifter <input type="checkbox"/> Hebelifter <input type="checkbox"/> Wannelifter<br><input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Pflegebett <input type="checkbox"/> Dekubitusmatraze |
- 

#### Ernährung

- |                   |   |
|-------------------|---|
| • Hilfe nötig bei | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit<br><input type="checkbox"/> Schluckstörung<br><input type="checkbox"/> Diät<br><input type="checkbox"/> Nahrungszubereitung<br><input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme |
|-------------------|---|
- 

#### Schlafen

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Betreuung während der Nacht notwendig ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Schlafmitteleinsatz ?                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
- 

An-/Auskleiden                       selbständig     mit Hilfe

---

Körperpflege     selbständig     mit Hilfe

## Anfrage für eine 24 Stunden Betreuung

---

### Toilette

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> selbständig    | <input type="checkbox"/> mit Hilfe          |
| <input type="checkbox"/> Urininkontinez | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz   |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter  | <input type="checkbox"/> Inkontinenzeinlage |
- 

### Wie ist die zu betreuende Person von Wesen und Charakter ?

- liebevoll     
  guter Umgangston     
  geduldig     
  ungeduldig     
  manchmal ungehalten
- 

### Vorlieben/Abneigungen/Lieblingsbeschäftigung

---

### Anforderungen an die Betreuungskraft

#### Hilfe wird benötigt ab

\_\_\_\_\_

#### Voraussichtliche Dauer

- auf unbestimmte Zeit  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- 

#### Wir bevorzugen

- eine Betreuerin  
 einen Betreuer  
 keine Präferenz
- 

#### Raucherin

- ja (nur im Freien !!)     
  nein
- 

#### Führerschein

- ja     nein
- 

#### Notwendige Deutschkenntnisse

- Stufe 1 (flüssiges, korrektes Deutsch)  
 Stufe 2 (Verständnis gut, Sprechen grammatikalisch nicht einwandfrei)  
 Stufe 3 (Verständnis gut, sprechen fällt noch schwer)
- 

#### Medizinische Ausbildung nötig

- ja     
  nein
- 

#### Haushaltsführung

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kochen    | <input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung |
| <input type="checkbox"/> Waschen   | <input type="checkbox"/> Bügeln                |
| <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Fenster putzen        |
- 

Müssen andere Personen mitversorgt werden ?

- ja     
  nein

Müssen Tiere mitversorgt werden ?

- ja     
  nein

Ist Mithilfe im Garten erwünscht ?

- ja     
  nein