

# Fragebogen für Angebotserstellung

Wir sichern Ihnen zu, dass die von Ihnen gemachten Angaben vertraulich behandelt werden.

## Anfrage durch:

Name: _____	Vorname: _____
Straße: _____	PLZ, Ort: _____
Tel.-Nr.: _____	Handy: _____
Fax: _____	E-Mail: _____
<b>Verhältnis zur pflegebedürftigen Person:</b> _____	
<b>Rechnungsempfänger:</b>	
Name: _____	Vorname: _____
Straße: _____	PLZ, Ort: _____

## Ich suche eine Haushaltshilfe Pflegehilfskraft für:

<input type="radio"/> Einzelperson	<input type="radio"/> Ehepaar	<input type="radio"/> Sonstige: _____
<b>Kunde:</b>		
Name: _____	Vorname: _____	
Straße: _____	PLZ, Ort: _____	
Tel.-Nr.: _____	Geburtsdatum: _____	
Wohnungsgröße: _____	im Haushalt lebende Personen: _____	
Haustier: _____		
nächstgelegener Bahnhof/ Großstadt _____		
Abholung durch: _____		Tel.: _____
<b>Voraussichtliche Betreuungsdauer:</b> <input type="radio"/> langfristig <input type="radio"/> bis 3 Monate <input type="radio"/> 1 Monat		
<b>Ab wann soll die Betreuung stattfinden?</b> _____		

## Pflegestufe/Pflegedienst:

Pflegestufe:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> Härtefall
Besonders schwere Pflege:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			
Ist ein Pflegedienst beauftragt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			
Pflegedienst soll weiterhin kommen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			
Wenn ja, wie oft?	_____				

## Gesundheitsmerkmale:

<p><b>Person 1</b></p> <p><b>Frau/Herr</b> _____</p> <hr/> <p>Größe: _____      Gewicht: _____</p> <p><b>Mobilität:</b></p> <p><input type="checkbox"/> kann alleine laufen</p> <p><input type="checkbox"/> kann mit Hilfe laufen</p> <p><input type="checkbox"/> Rollstuhl</p> <p><input type="checkbox"/> Bettleger/in</p> <p><b>Toilette:</b></p> <p><input type="checkbox"/> voll Inkontinenz</p> <p><input type="checkbox"/> teil Inkontinenz</p> <p><input type="checkbox"/> mit Hilfe</p> <p><input type="checkbox"/> selbständig</p> <p>Demenz:                    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Weglaftendenz:        <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Orientierung:           <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Sprachstörungen:     <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Geistig behindert:    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Kommunikation:        <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Fremd-/Eigengefährdung: <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Raucher:                    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Sonstiges:</b></p>	<p><b>Person 2</b></p> <p><b>Frau/Herr</b> _____</p> <hr/> <p>Größe: _____      Gewicht: _____</p> <p><b>Mobilität:</b></p> <p><input type="checkbox"/> kann alleine laufen</p> <p><input type="checkbox"/> kann mit Hilfe laufen</p> <p><input type="checkbox"/> Rollstuhl</p> <p><input type="checkbox"/> Bettleger/in</p> <p><b>Toilette:</b></p> <p><input type="checkbox"/> voll Inkontinenz</p> <p><input type="checkbox"/> teil Inkontinenz</p> <p><input type="checkbox"/> mit Hilfe</p> <p><input type="checkbox"/> selbständig</p> <p>Demenz:                    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Weglaftendenz:        <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Orientierung:           <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Sprachstörungen:     <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Geistig behindert:    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Kommunikation:        <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Fremd-/Eigengefährdung: <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Raucher:                    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>
---	--

**Gewünschte Leistungen:**

<p><b>Hauswirtschaftliche Versorgung</b></p> <p><input type="checkbox"/> kochen für ____ Personen</p> <p><input type="checkbox"/> Einkaufen</p> <p><input type="checkbox"/> Wäschepflege</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnungsreinigung</p> <p><input type="checkbox"/> allgemeine Hausarbeiten</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Sonstiges:</b></p>	<p><b>Betreuung für ____ Personen bei:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Körperpflege</p> <p><input type="checkbox"/> An- und Auskleiden</p> <p><input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme</p> <p><input type="checkbox"/> Spaziergänge</p> <p><input type="checkbox"/> Gesellschaftsleistung</p> <p><input type="checkbox"/> aktivierende Betreuung</p> <p><input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung</p>
---	---

**Nachtruhe:**  ungestört  gelegentlich gestört  erheblich gestört

Ist regelmäßige Nacharbeit notwendig?  ja  nein

**Anforderung an die Haushaltshilfe bzw. Pflegehilfskraft:**

**Ich wünsche Personal mit folgenden Deutschkenntnissen:**

Grundkenntnisse (Hilfsmittel, Wörterbuch)

erweiterte Grundkenntnisse (Verstehen gut, Sprechen mit Schwierigkeiten)

Fortgeschritten (Verstehen gut, einfache Unterhaltung ist möglich)

Besteht auch die Möglichkeit sich auf einer anderen Sprache zu unterhalten?

Ja, und zwar auf: \_\_\_\_\_

**Ich wünsche:**  Frau  Mann  egal

**Alter:**  egal  von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Jahre

Führerschein erforderlich:  ja  nein

**Allgemeines:**

**Weitere besondere Anforderungen an das Pflegepersonal**

Raucher  Nichtraucher  kann draußen rauchen  egal

**Unterkunft für die Betreuungskraft**

eigenes Zimmer  eigenes Bad  Badmitbenutzung  Internet  eigenes Fernsehen

**Wie wird der Freizeitausgleich geregelt?**  2-3 Std. Täglich  2 Nachmittage/Woche

**Darf das Pflegepersonal 1-2-mal pro Woche ihre Familie im Ausland anrufen?**

ja, kein Problem (Verwendung von Billig-Vorwahl, ca. 1,6 bis 5 Cent/Minute) bis 5,00 €/Monat

Dieser Fragebogen wird als Leistungsbeschreibung Bestandteil eines voraussichtlich abschließenden Dienstleistungsvertrages.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Empfehlung  Internet  Zeitung

Mit freundlichen Grüßen  
Pflege24Stunden Nürnberg  
tel.0049-911 4809861  
tel.0049 175 156 1335  
[www.pflege24stunden.com](http://www.pflege24stunden.com)