

Durch die Zusendung Ihres Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Daten zur Erfüllung Ihres Auftrages an ausgewählte Partnerunternehmen von Help4Seniors weitergegeben werden dürfen.

Angaben zum Antragsteller

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Email-Adresse

Verhältnis zur Person,
die betreut werden soll:

Angaben zur Person, die betreut werden soll

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Größe

Geburtsdatum

Gewicht

Zweite Person/Ehepartner ja nein

Falls ja, Name, Vorname

Diagnosen / Krankheiten

altersbedingte Gehschwäche	Asthma	beginnende Demenz	Diabetes
Diabetes (insulinpflichtig)	Schlaganfall	Demenz	Dekubitus
Herzrhythmusstörung	Osteoporose	Alzheimer	Allergien
Herzinsuffizienz	Rheuma	Parkinson	Tumor
Herzinfarkt	Hypertonie	Stoma	Depression
chronische Durchfälle	Inkontinenz	Multiple Sklerose	

Kommentar

Ansteckende Krankheiten

nein ja falls ja, welche?

Pflegegrad

nein beantragt 1 2 3 4 5

Kommunikation

Sprache	uneingeschränkt	eingeschränkt	gar nicht
Hörvermögen	uneingeschränkt	eingeschränkt	gar nicht
Sehkraft	uneingeschränkt	eingeschränkt	gar nicht

Kommentar

Orientierung

zeitliche	uneingeschränkt	eingeschränkt	gar nicht
örtliche	uneingeschränkt	eingeschränkt	gar nicht
persönliche	uneingeschränkt	eingeschränkt	gar nicht

Kommentar

Bewegung

uneingeschränkt /
selbstständig

leicht eingeschränkt

mit Hilfe

Rollstuhl

bettlägerig

Hilfsmittel

Treppensteigen

selbstständig

mit Hilfe

nicht möglich

Hilfsmittel

Transfer Bett–Rollstuhl

selbstständig

hilft mit

vollständig hilfsbedürftig

bettlägerig

Hilfsmittel

An-/Auskleiden

selbstständig

mit Unterstützung

vollständig hilfsbedürftig

Körperpflege

selbstständig

mit Unterstützung

vollständig hilfsbedürftig

Inkontinenz

Urinkontrolle

kontinent

teilweise inkontinent
(bspw. nachts)

inkontinent

Katheter

Dauerkatheter

Hilfsmittel

Stuhlkontrolle

kontinent

teilweise inkontinent
(bspw. nachts)

inkontinent

Hilfsmittel

Baden / Duschen

selbstständig

mit Unterstützung

vollständig hilfsbedürftig

Körperpflege im Bett

Hilfsmittel

Essen / Trinken

selbstständig

mit Unterstützung

vollständig hilfsbedürftig

Kau-/Schluckstörungen

keine

Störungen

PEG-Sonde

Nahrungskarenz

Trinkkarenz

Diät

nein

ja

Kommentar

Ein-/ Durchschlafen

keine Probleme

sporadische Störungen

Schlaf-/ Wach-Rhythmus gestört

Schlafmittel

nein

ja

Kommentar

Nächtliche Hilfe

nein nur Bereitschaft gelegentlich mehr als 1 x pro Nacht

Kommentar

Aktuelle Therapien

keine Physiotherapie Logopädie Ergotherapie Psychotherapie

Kommentar

Pflegedienst

Ist ein Pflegedienst beauftragt?

nein ja x pro Tag x pro Woche

Welche Tätigkeiten übernimmt der Pflegedienst momentan?

Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden?

nein ja

Tagespflege

Geht die zu betreuende Person in eine Tagespflege?

nein ja x pro Woche

Wesen und Charakter

Wie ist die zu betreuende Person vom Wesen und Charakter?

Gibt es besondere Interessen / Hobbies?

Wohnlage

Großstadt zentral

Großstadt dezentral

Kleinstadt

Dorf

Ländlich

Wohnsituation

Einfamilienhaus

Mehrfamilienhaus

Wohnung

Kommentar

Einkaufsmöglichkeiten

fußläufig ca. 10 min

fußläufig ca. 20 min

fußläufig ca. 30 min

keine fußläufig

WLAN vorhanden?

nein

ja

Haustiere?

nein

ja

Kommentar

Anfallende Pflichten und Tätigkeiten für die Betreuungskraft

Hauswirtschaftliche Versorgung

Einkaufen

Kochen

Bügeln

Wäsche waschen

Putzen

Sonstige

Kommentar

Beschäftigen Sie eine Haushaltshilfe?

nein

ja

Kommentar

Wie oft kommt die Hilfe und welche Aufgaben werden übernommen?

Begleitung zu Arztbesuchen

nein ja

Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht weiblich männlich egal

**Führerschein
erforderlich?** ja nein hilfreich

Kommentar

**Gewünschte
Sprachkenntnisse** keine Präferenz Grundkenntnisse mittlere Deutschkenntnisse/
Alltagssprache

gute sehr gute
Deutschkenntnisse Deutschkenntnisse

Sonstige Mitteilungen

Beispielhafte Tagesstruktur