



Erhebungsbogen

Dieser Erhebungsbogen ist sorgfältig und genau auszufüllen. Umso mehr und genauere Angaben Sie uns machen, umso besser können wir unsere Leistungen auf Sie bzw. auf den Pflege- und Betreuungsbedürftigen abstimmen.

Die folgenden Angaben werden nur zur Erstellung eines Betreuungsprofils verwenden. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nur im Sinne der gewünschten Betreuungsleistung bei Beauftragung. Bei Beendigung des Betreuungsverhältnisses werden die Daten vernichtet.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Erhebungsbogen per Mail an: kontakt@24-stunden-betreuung.com
Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter folgenden Kontaktdaten: **Telefon: +49 162 6033768**

Daten zum Auftraggeber

Name	<input type="text"/>		
Vorname	<input type="text"/>		
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>		
Mobil	<input type="text"/>		
Email	<input type="text"/>		

Daten der zu betreuenden Person

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>

PLZ Ort

Geschlecht männlich weiblich

Familienstand ledig verh. gesch. verw.

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

Wie kann der Zustand der pflegebedürftigen Person beschrieben werden

Pflegegrad/beantragte Pflegegrad 0 1 2 3 4 5

Geistig klar teilnahmslos verwirrt nicht ansprechbar

sonstiges

Körperlich krank fit

sonstiges

Bewegt sich selbstständig mit Hilfe Rollstuhl/Rollator bettlägerig

Altersdemenz ja nein

Wenn ja in welchem Maße

Toilette selbstständig mit Hilfe Teilinkontinenz Inkontinenz

Windeln ja nein

Katheter ja nein

Nachtwache notwendig ja nein

Wenn ja, in welchem Umfang

Vorhandene Hilfsmittel

Rollstuhl Badewannenlift Toilettenstuhl Gehstock

Rollator Hebelift Aufstehhilfe

sonstiges

Kommt regelmäßig ein ambulanter Pflegedienst ja nein

Wenn ja, wie oft und welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst

2. Person im gleichen Haushalt :

Name

Vorname

Geschlecht männlich weiblich

Familienstand ledig verh. gesch. verw.

nur bei Pflegebedürftigkeit der 2. Person ausfüllen :

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

Wie kann der Zustand der pflegebedürftigen Person beschrieben werden

Pflegegrad/beantragte Pflegegrad 0 1 2 3 4 5

Geistig klar teilnahmslos verwirrt nicht ansprechbar

sonstiges

Körperlich krank fit

sonstiges

Bewegt sich selbstständig mit Hilfe Rollstuhl/Rollator bettlägerig

Altersdemenz ja nein

Wenn ja in welchem Maße

Toilette selbstständig mit Hilfe Teilinkontinenz Inkontinenz

Windeln Ja nein

Katheter ja nein

Nachtwache notwendig ja nein

Wenn ja, in welchem Umfang

Vorhandene Hilfsmittel

Rollstuhl Badewannenlift Toilettenstuhl Gehstock

Rollator Hebelift Aufstehhilfe

sonstiges

Kommt regelmäßig ein ambulanter Pflegedienst ja nein

Wenn ja, wie oft und welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst

Folgende Tätigkeiten sind für die betreuungsbedürftige/n Person/en zu leisten:

Andere Aufgabenbereiche:

Einkaufen-Versorgung mit Grundnahrungsmitteln ja nein

übernimmt Betreuer/in mit Haushaltsgeld und wöchentlicher Abrechnung

übernimmt ein Familienmitglied in Absprache mit Betreuer/in und Kunden

kochen ja nein

putzen ja nein

waschen ja nein

bügeln ja nein

Hobbies der pflegebedürftigen Person/en

gewünschte Betreuungsdauer

langfristig nur für kurze Zeit (mind. 4 Wochen) steht noch nicht fest

Wechsel der Betreuungskraft möglich nach ca.

4-6 Wochen länger

Wohnverhältnisse der Pflegebedürftigen Person:

Lage Stadt Dorf ländlich

Objekt Haus Wohnung

wie viele Zimmer

wenn Wohnung in welchem Stock

Lift vorhanden ja nein

Wohnfläche des Objektes ca. in m²

davon zu putzende Räume ca. in m²

barrierefreier Ausbau des Hauses oder Wohnung ja nein

behindertengerechtes Badezimmer ja nein

Entfernung zu nächster Einkaufsmöglichkeit in km

Entfernung zu öffentlichen Verkehrsmittel in km

weitere im Haushalt lebende Personen ja nein

Haustiere ja nein

bei ja in der Wohnung auf dem Grundstück

sollen mit betreut werden

Welche Tierart:

Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht weiblich männlich kein spezieller Wunsch

Pflegeerfahrung ja nein ausgebildete Kraft Haushaltshilfe Krankenschwester

Alter von **bis**

Deutschkenntnisse gut kommunikativ Grundkenntnisse egal

Kochkenntnisse ja nein

Raucher ja nein

Führerschein ja nein

bei ja, welche Art von Auto soll benutzt werden Schalter Automatik

Gewünschte Eigenschaften der Betreuungskraft

Unterkunft der Betreuungskraft am Betreuungsort

Objekt Haus Wohnung

Wie viele Zimmer stehen der Betreuungskraft zur Verfügung

Lage Stadt Dorf ländlich/abgelegen

Ausstattung der Unterkunft

Telefon Internet eigenes Bad TV Radio

sonstiges

Sonstige Wünsche oder Angaben