



Hinweis zum Ausfüllen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen. Sollen mehrere Personen betreut werden, verwenden Sie bitte für jede Person einen eigenen Fragebogen.

Kontaktperson

An wen dürfen wir uns bei Rückfragen wenden?

Anrede

☐ Herr ☐ Frau

Titel

Vorname

Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Handynummer

Telefonnummer im Büro

Private Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Beziehung (Verwandtschaftsgrad) zur betreuten Person

Gewünschte Leistung

☐ 24-Stunden-Betreuung (bundesweit)

**Persönliche Angaben****Anrede**☐ Herr ☐ Frau**Titel****Vorname****Nachname****Geburtsdatum****Private Telefonnummer****Straße und Hausnummer****PLZ****Ort****Handynummer****E-Mail-Adresse****Größe in cm****Gewicht in kg****Wohn- und Pflegesituation****Wohnt die Person alleine?**☐ Ja ☐ Nein**Falls nein: Wie viele Personen leben im Haushalt?****Pflegegrad**☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5**Ergänzende Hinweise zur Wohn- oder Pflegesituation**

Optional

Pflegedienst

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst?

☐ Ja ☐ Nein

Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden?

☐ Ja ☐ Nein

Wie oft kommt der Pflegedienst?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Bitte kurz beschreiben

Diagnosen / Erkrankungen

Mehrfachauswahl möglich

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Allg. Altersschwäche | ☐ Asthma | ☐ Diabetes |
| ☐ Dekubitus | ☐ Demenz / Alzheimer | ☐ Herzinsuffizienz |
| ☐ Hypertonie | ☐ Herzinfarkt | ☐ Osteoporose |
| ☐ Rheuma | ☐ Parkinson | ☐ Marcumar |
| ☐ Multiple Sklerose | ☐ Depression | ☐ Niereninsuffizienz |
| ☐ Ödeme | ☐ Schlaganfall | ☐ PEG / Magensonde |

Ansteckende Krankheiten

Krebserkrankungen

Allergien

Weitere Beeinträchtigungen

Kommunikation

	Gut	Eingeschränkt	Gar nicht
Sprache	☐	☐	☐
Hörvermögen	☐	☐	☐
Sehkraft	☐	☐	☐

Hörgerät vorhanden?

☐ Ja ☐ Nein

Brille vorhanden?

☐ Ja ☐ Nein

Orientierung

	Gut	Eingeschränkt	Gar nicht
Zeitlich	☐	☐	☐
Örtlich	☐	☐	☐
Persönlich	☐	☐	☐

Bewegung & Hilfsmittel

☐ Selbstständig ☐ In Begleitung ☐ Mit Hilfsmittel ☐ Bettlägerig

☐ Rollstuhl

☐ Rollator

☐ Gehstock

☐ Pflegebett

☐ Dekubitusmatratze

☐ Lifter

Sonstige Hilfsmittel / Hinweise

Körperpflege

	Selbstständig	Unter Aufsicht	Übernahme
Gesicht	☐	☐	☐
Oberkörper	☐	☐	☐
Unterkörper	☐	☐	☐
Intimpflege	☐	☐	☐
Baden / Duschen	☐	☐	☐

Vorhandene Hilfsmittel

☐ Behindertengerechtes Bad ☐ Badelifter ☐ Duschsitz

Ausscheidungen

☐ Kontinent ☐ Teilweise inkontinent (z. B. nachts) ☐ Inkontinent

Vorhandene Hilfsmittel

☐ Windeln ☐ Vorlagen ☐ Urinflasche
☐ Katheter ☐ Bettpfanne ☐ Künstlicher Darmausgang

Toilettengang & An-/Auskleiden

Toilettengang

☐ Selbstständig ☐ In Begleitung ☐ Nicht möglich

An-/Auskleiden

☐ Selbstständig ☐ Kleidung rauslegen ☐ Mit Unterstützung ☐ Komplette hilfsbedürftig

Essen & Trinken

☐ Selbstständig ☐ Mit Unterstützung ☐ Mundgerechte Zubereitung ☐ Künstliche Ernährung

Auf ausreichende Nahrungsaufnahme / Trinkmenge achten?

☐ Ja ☐ Nein

Ernährung & Therapien

Diät - wenn ja, welche?

Aktuelle Therapien

☐ Krankengymnastik ☐ Ergotherapie

Sonstige Therapien

Ein- / Durchschlafen

Steht die betreute Person nachts auf?

☐ Nein ☐ 1-mal ☐ 2- bis 3-mal ☐ Mehr als 3-mal

Ist nachts Hilfe nötig?

☐ Ja ☐ Nein

Hauswirtschaftliche Leistungen

Haustiere - wenn ja, welche?

	Ja	Nein
Versorgung der Haustiere	☐	☐
Kochen / Essensvorbereitung	☐	☐
Reinigung der Wohnung	☐	☐
Wäsche waschen	☐	☐
Bügeln	☐	☐
Pflege Außenbereich	☐	☐
Winterdienst	☐	☐
Begleitung bei Arztbesuchen	☐	☐
Haushaltshilfe vorhanden	☐	☐

Wenn ja: Wie oft kommt die Haushaltshilfe zum Einsatz?

Persönliche Informationen

Je genauer Sie Gewohnheiten, Interessen und wichtige Routinen beschreiben, desto passender kann die Betreuungssituation eingeschätzt werden.

Interessen & Beschäftigungen

Welche Aktivitäten, Hobbys oder Beschäftigungen sind besonders beliebt?

Gewohnheiten & Tagesstruktur

Welche festen Abläufe, Essenszeiten oder Ruhephasen sollten berücksichtigt werden?

Besonderheiten im Umgang

Was hilft im täglichen Umgang? Was sollte vermieden oder besonders beachtet werden?

Weitere wichtige Informationen

Gibt es weitere Hinweise, Wünsche oder Besonderheiten?

Rahmenwünsche

Geschlecht

☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Nicht relevant

Alter / gewünschte Altersspanne

Weitere Sprachkenntnisse

Deutschkenntnisse

Bitte wählen Sie die passende Stufe

☐

Stufe 1 · Gute Kenntnisse

Fragen werden vollständig und grammatikalisch gut verständlich beantwortet. Eine Unterhaltung am Telefon ist gut möglich.

☐

Stufe 2 · Gute Kenntnisse mit Fehlern

Die Kommunikation ist gut möglich, auch wenn einfachere Formulierungen nötig sind. Eine Unterhaltung am Telefon ist möglich.

☐

Stufe 3 · Durchschnittliche Kenntnisse

Kommunikation mit einfachen Sätzen und Halbsätzen ist möglich. Eine Unterhaltung am Telefon ist schwierig.

☐

Stufe 4 · Grundkenntnisse

Die Kommunikation ist langsam, eingeschränkt und stark vereinfacht möglich. Telefonieren ist nicht empfehlenswert.

Rauchverhalten

Darf die Betreuungskraft rauchen?

☐ Ja, draußen ☐ Nein

Gegebenheiten vor Ort

Einwohneranzahl

Wohnungsgröße in m²

Lage

☐ Großstadt-zentral ☐ Stadtzentrum ☐ Stadtrand ☐ Vorort ☐ Dorf ☐ Alleinlage

Etagen

Zimmer

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß (Minuten)

Nächster Ansprechpartner im Notfall wohnt ...

☐ im gleichen Haus ☐ auf gleichem Grundstück ☐ im gleichen Ort ☐ nicht in der Nähe

Zimmer für die Betreuungskraft

☐ Eigenes Bad

☐ Bett

☐ Tisch

☐ Schrank

☐ Radio

☐ TV

☐ Internet

☐ Telefon

☐ Fahrrad

Einsatzplanung

☐ Dauerhaft ☐ Verhinderungsbetreuung

Wunschkdauer (mind. 4 Wochen) / Monate

Geplanter Beginn

Was ist Ihnen sonst noch wichtig?

Weitere Wünsche und Hinweise

Wir sind für Sie da!

ALVESA · Alsfelderstr. 14 · 35274 Kirchhain (Hessen)

Tel. 01525 589 2962 · Kontakt@alvesa.de

