

Wir freuen uns sehr über Ihr Interesse an unseren Betreuungsdienstleistungen. Es ist uns eine große Freude, Ihnen bei der Suche nach der passenden Betreuungskraft behilflich zu sein. Bitte füllen Sie den beigefügten Fragebogen so genau wie möglich aus und senden Sie ihn anschließend per E-Mail [kontakt@seniordaheim.de](mailto:kontakt@seniordaheim.de) zurück. Sollten Sie Unterstützung beim Ausfüllen benötigen, zögern Sie bitte nicht, uns unter der folgenden Telefonnummer zu kontaktieren: 015166266774.

### Angaben zum Auftraggeber (Kontaktperson)

Vorname:	Name:
.....	.....
Straße:	Ort/ PLZ:
.....	.....
Mobil:	Telefon:
.....	.....
E-Mail:	
.....	
Verhältnis zu der zu betreuenden Person:	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Anderer Verhältnisgrad
	<input type="checkbox"/> Vertragspartner <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger

### Angaben zur zu betreuenden Person

Vorname:	Name:
.....	.....
Straße:	Ort/ PLZ:
.....	.....
Mobil:	Telefon:
.....	.....
Alter/ Geburtsdatum:	Gewicht:
.....	.....
Größe:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> Kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Ist momentan ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hauptursache für die Betreuungsbedürftigkeit:	.....
	<input type="checkbox"/> Vertragspartner <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger

### Voraussichtliche Betreuungszeit

Wann soll die Betreuung beginnen?	<input type="checkbox"/> Ab Datum: .....
	<input type="checkbox"/> schnellstmöglich (innerhalb von wenigen Tagen)
Leben weitere Personen im Haushalt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein welche? (Alter, Verwandtschaftsgrad)
	.....
Muss jemand dieser Person ebenfalls betreut werden	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*

*\*(Sollten für die zweite Person extra Betreuungsanforderungen gestellt werden bitte einen weiteren Fragebogen ausfüllen)*

**Diagnostizierte Krankheiten:**

- Mobilität:  Volle Mobilität  Rollator  Rollstuhl  Bettlägerig
- Benötigt die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer?  Nein  Ja
- Toilette:  Selbstständig  Teilinkontinenz  Nicht Möglich  
 Inkontinent  Windeln/ Harn  Windeln/ Stuhlgang  Katheter
- Nachtbetreuung erforderlich:  Keine  Nicht in der jeder Nacht  1-2 Male pro Nacht  Mehr als 2 Male pro Nacht

Nachruhe von ca.....bis ca.....

- Demenz:  Leicht  Mittel  Fortgeschrittene
- Alzheimer:  Leicht  Mittel  Fortgeschrittene
- Parkinson:  Leicht  Mittel  Fortgeschrittene
- Diabetes  Schlaganfall  Osteoporose  Depression
- Stoma  Multiple Sklerose (MS)  Dekubitus  Herzstörungen  Herzinfarkt
- Andere Erkrankungen:

.....  
 Tumorerkrankungen, wenn ja welche?

.....  
Leidet der Patient an ansteckenden Krankheiten?  Nein  Ja, welche?  
.....

**Gewünschte Tätigkeiten der Betreuungskraft:**

- Allgemeine Seniorenbetreuung  Begleitung zum Arzt  aktivierende Betreuung (spazieren gehen, Freizeitgestaltung)  Kochen  Wäsche waschen  Bügeln  Gartenarbeiten  Einkaufen  Haustierpflege
- Reinigen des Haushaltes  Körperpflege  Hilfe beim An und Ausziehen  Hilfe beim Einnehmen von Mahlzeiten  Bügeln

**Angaben zur Betreuungskraft**

- Geschlecht:  Frau  Mann  Egal
- Alter:  Alterswunsch von..... bis..... Jahre  Egal
- Führerschein:  Ja  Nein  Egal
- Raucher  Ja  Nein  Egal
- Gewünschte Deutschkenntnisse:
- Keine Präferenz
- Grundkenntnisse  Kommunikation mit einzelnen Worten
- Mittlere Deutschkenntnisse  Kann sehr einfache alltägliche Ausdrücke verstehen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kommunikative Deutschkenntnisse | Eine einfache Verständigung möglich               |
| <input type="checkbox"/> Gute Deutschkenntnisse          | Kann gut verstehen, einfache Unterhaltung möglich |
| <input type="checkbox"/> Sehr gute Deutschkenntnisse     | Unterhaltung und Verstehen ohne Einschränkung     |

### Wohnsituation der zu Betreuenden Person

- Wohnsituation der zu betreuenden Person?  Großstadt  Stadt  Dorf  
 Haus  Wohnung. In welcher Etage.....
- Einkaufsmöglichkeiten:  10 Minuten  20 Minuten  30 Minuten  Mehr  
 Zu Fuß  Mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- Sind Haustiere vorhanden?  Nein  Ja, welche?

### Ausstattung des Wohnbereiches der Betreuungskraft

- Zimmer  Wohnung  PKW
- Eigenes Bad  Bad zur Mitbenutzung
- WLAN/ Internet (wichtig)  Internetstick  Fahrrad
- Freizeitregelung der Betreuerin:  2-3 Std. pro Tag  ½ Tag pro Woche  1 pro Woche  Nach Absprache

Wo haben Sie Firma Senior Daheim gefunden?

- Internet  Zeitungsanzeige  Freunde, Bekannte, Hörensagen  Flyer

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im Fragebogen. Hiermit erkläre ich, dass ich bei bewusst angegebenen wahrheitswidrigen/ falschen/ unwahren Daten allen gesetzlichen Konsequenzen trage. Der Fragebogen ist Bestandteil des Dienstleistungsvertrages. Bei unvollständigen Informationen kann es zu Mehrkosten oder zur Vertragskündigung kommen. Mit dem richtig ausgefüllten Formular können wir den Rekrutierungsprozess anfangen und Ihnen die entsprechenden Kräfte vorschlagen. Hiermit bestätige ich die Datenschutzhinweise für den Auftraggeber und Betreuungsbedürftigen auf der Internetseite [www.herznet24.eu](http://www.herznet24.eu) gelesen zu haben und stimme den Datenschutzhinweisen zu.