

Fragebogen (Damit eine optimale Vermittlung erfolgen kann, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Auf diese Weise können wir Ihren Anforderungen entsprechen und damit den bestmöglichen Erfolg für Sie erreichen)

Angaben zu Ihrer Person:

Name: _____ Vorname: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____ Telefax: _____

Angaben zur Pflegenden Person, falls abweichend:

Name: _____ Vorname: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____ Telefax: _____

Persönliche Angaben zur Pflegeperson :

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Raucher: ja nein

Pflegestufe: I II III keine

Kommunikation: ja nein eingeschränkt

Nächtliche Einsätze: erforderlich nicht erforderlich

Beschreibung zur allgemeinen Situation:

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|---------------|
| Auf- und zu Bett gehen: | <input type="checkbox"/> | ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> | mit Anleitung |
| | <input type="checkbox"/> | mit Hilfe | <input type="checkbox"/> | nicht möglich |
| Hilfe beim Toilettengang: | <input type="checkbox"/> | ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> | mit Anleitung |
| | <input type="checkbox"/> | mit Hilfe | <input type="checkbox"/> | nicht möglich |
| Hilfe beim An- und Auskleiden: | <input type="checkbox"/> | ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> | mit Anleitung |
| | <input type="checkbox"/> | mit Hilfe | <input type="checkbox"/> | nicht möglich |
| Hilfe bei der Körperpflege: | <input type="checkbox"/> | ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> | mit Anleitung |
| | <input type="checkbox"/> | mit Hilfe | <input type="checkbox"/> | nicht möglich |
| Hilfe beim Stehen und Gehen: | <input type="checkbox"/> | ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> | mit Anleitung |
| | <input type="checkbox"/> | mit Hilfe | <input type="checkbox"/> | nicht möglich |

Sonstige Hilfe:

Krankheitsmerkmale:

- | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Alzheimer | <input type="checkbox"/> | Blindheit |
| <input type="checkbox"/> | Demenz | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | Dialyse | <input type="checkbox"/> | Krebs |
| <input type="checkbox"/> | Lähmung | <input type="checkbox"/> | MS – Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> | Parkinson | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall |

Sonstige Krankheitsmerkmale:

Ambulanter Pflegedienst vorhanden: ja nein

Leben weitere Personen im Haushalt , wenn ja wie viele:

Haustiere vorhanden:

Sonstige Angaben zur Pflegeperson:

Voraussichtlicher Beginn der Betreuung:
Toleranz

 +/-

In welchem Zeitraum wird Hilfe benötigt:

1 Monat 3 Monate
 6 Monate 12 Monate
 auf unbestimmte Zeit

Geschlecht der Betreuungskraft:

weiblich männlich
 egal

Alter der Betreuungskraft:

20-35 35-55
 ab 55 egal

Raucher:

ja nein
 egal

Führerschein: ja nein

Sprachkenntnisse:

sehr gut gut

Grundkenntnisse

Hobbys der zu betreuenden Person(en):

Sonstige Anforderungen an die Betreuungskraft:

Hauswirtschaftliche Aufgaben
der Betreuungskraft:

Kochen

Reinigen der Wohnung

Einkaufen

Wäsche waschen

Gartenarbeit

Bügeln

Blumen
versorgen

Fenster putzen

Sonstige Tätigkeiten:

Fragebogen senden an:

ProLife Personalservice
Am Schäfersberg 18 a
65527 Niedernhausen

VIA FAX: Telefax +49 (0)6127 9869 612
Per mail: Anfrage @ prolife-personalservice.de