

Angaben zur Ansprechperson und Angehörigen

Anrede: Frau Herr

Name

Straße & Nr

Telefon

Mobil

Angehörige: leben im gemeinsamen Haushalt

Vorname

PLZ/Ort

Telefax

E-Mail

kommen zu Besuch x Woche / Monat

Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Anrede: Frau Herr

Name

Straße & Nr

Telefon

Mobil

Alter Jahre

Vorname

PLZ/Ort

Telefax

E-Mail

Gewicht kg Größe cm

Angaben zum Gesundheitszustand

Pflegestufe

keine Stufe I Stufe II Stufe III Härtefall

Folgende Beschwerden und Erkrankungen liegen vor:

- | | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Gehbehindert |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten | <input type="checkbox"/> mit Gehstock |
| <input type="checkbox"/> Krebspatient | <input type="checkbox"/> allergische Krankheiten | <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> im Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Bronchial-Lungenkrankheiten | <input type="checkbox"/> bettlägerig |
| <input type="checkbox"/> Lähmung | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> andere Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Wechseln der Windeln | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> MS-Patient | <input type="checkbox"/> geistige Behinderung | <input type="text"/> |

Kommunikationsfähigkeit

vollständig vorhanden

eingeschränkt bezüglich: Sprechen Sehen Hören Verstehen

Vorhandene Hilfsmittel

Rollstuhl Rollator Hebesitz Lift Badewannenlift Toilettenstuhl

Sind nächtliche Hilfestellungen erforderlich? ja nein

Ist ein medizinischer Pflegedienst beauftragt? ja nein

Angaben zum Haushalt

Haus Wohnung Stadt Land

Garten ja nein

Haustier ja nein

Flächen zum Reinigen: _____ m²

Telefonanschluss vorhanden ja nein Gelegentliche Nutzung erlaubt* ja nein

Internetanschluss vorhanden ja nein Gelegentliche Nutzung erlaubt* ja nein

* zwecks Aufrechterhaltung des Kontakts mit Angehörigen der Betreuungskraft in ihrer Heimat

Wohnen Angehörige mit im gleichen Haushalt? ja nein

Die nächste größere Stadt ist: _____

Der nächstgelegene (Haupt)Bahnhof ist: _____

Der nächstgelegene Busbahnhof ist: _____

Wohnverhältnisse der Betreuungskraft

eigenes Zimmer ja nein

eigene Wohnung ja nein

eigenes Bad ja nein

Tätigkeiten

Aufstehen und Zubettgehen

Wäsche waschen

Bügeln

Waschen und Körperpflege

Einkaufen

Haustier versorgen

An- und Auskleiden

Spaziergänge

Freizeitgestaltung

Unterstützung beim Essen

Arztbegleitung

Haus / Wohnung reinigen

Begleitung allgemein

Gartenarbeit

Autofahrten

andere Tätigkeiten _____

Personalanforderungen

Alter 25 - 35 Jahre 35 - 55 Jahre medizinische Vorkenntnisse ja nein
kräftige Person ja nein Nichtraucher ja nein
PKW-Führerschein ja nein

Regelung der Freizeit der Betreuungskraft

2 x 5 Stunden pro Woche ja nein
1 x 10 Stunden pro Woche ja nein

Betreuung über Weihnachten und/oder Ostern

Für eine Betreuung vom 23.12. bis einschließlich 27.12. (Weihnachten: 5 Tage) und von Karfreitag bis einschließlich Ostermontag (Ostern: 4 Tage) wird ein Feiertagsaufschlag von 100 % auf den Tagessatz erhoben. Der Tagessatz errechnet sich aus dem monatlichen Betreuungspreis geteilt durch 30 Tage.

Ich wünsche eine Betreuung über Weihnachten. ja nein
Ich wünsche eine Betreuung über Ostern. ja nein

Vertragsperson ist Ansprechperson Pflegeperson

Rechnungsempfänger ist Ansprechperson Pflegeperson

Voraussichtlicher Beginn der Betreuung / /

Voraussichtliches Ende der Betreuung / /

Datenschutzhinweis

Ihre Daten und Angaben werden nur zum Zweck der Vermittlung einer Betreuungskraft an unseren Dienstleister weiter gegeben. Alle Daten und Angaben werden vertraulich behandelt und nur für oben genannten Zweck verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Kontakt

Senden Sie uns bitte diesen ausgefüllten Fragebogen per Brief, Mail oder Fax zu.
Wir melden uns dann umgehend bei Ihnen und unterbreiten Ihnen ein kostenloses Angebot.

Wenn Sie noch weitere Fragen zu unseren Dienstleistungen oder zu diesem Fragebogen haben, dann rufen Sie uns bitte an oder schreiben Sie uns.

Saneos Tel 0 61 42 / 7 01 46 97
Im Kleinen Ramsee 4 Fax 0 61 42 / 7 01 46 97
65428 Rüsselsheim Mobil 0152 / 17 13 68 42
kontakt@saneos.de Web www.saneos.de