

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: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

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  
Lindenseestraße 43                          Fax    0 61 42 / 7 01 46 97  
65428 Rüsselsheim                         Mobil 0152 / 17 13 68 42  
kontakt@saneos.de                         Web    www.saneos.de