

---

Bitte Fragebogen drucken und ausfüllen!

### 1. ANGABEN ZUR PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSON:

---

<b>Nachname:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Alter:</b>
Nachname:	Vorname:	Alter:
Strasse/Hausnr.:	PLZ/Ort:	
Telefon:	E-mail:	

### 2. ANGABEN ZUR KONTAKTPERSON:

---

<b>Nachname:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Alter:</b>
Strasse/Hausnr.:	PLZ/Ort:	
Telefon:	E-mail:	

Verhältnis zur Pflegebedürftigen Person:

### 3. DIAGNOSEN

---

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gebehindert                 | <input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer | <input type="checkbox"/> Asthma            |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall (rechts/links) | <input type="checkbox"/> Dekubitus        | <input type="checkbox"/> Diabetes          |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                 | <input type="checkbox"/> Osteoporose      | <input type="checkbox"/> Inkontinenz       |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung         | <input type="checkbox"/> Rheuma           | <input type="checkbox"/> chron. Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck               | <input type="checkbox"/> Depression       | <input type="checkbox"/> Tumor             |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                   |   |  |

Sonstige:

**Gewicht:**                      **Größe**

**Pflegestufe:**                      beantragt:

**Ist ein Pflegedienst beauftragt:**                       ja                       nein

**Pflegedienstleistungen:**.....

### 4. MOBILITÄT:

---

**Bewegung:**

- 
- selbstständig       mit Gehstock       mit Rollator       im Rollstuhl

**Transfer Bett/Rollstuhl:**

- hilft mit       komplett hilfsbedürftig

**Hilfsmittel:**

- Pflegebett       Rollstuhl       Rollator       Patientenlift       Toilettenstuhl

**5. PROBLEME IN DER KOMMUNIKATION:**

---

**Sprache:**

- gut       eingeschränkt       nicht möglich

**Hörvermögen:**

- gut       eingeschränkt       massive Probleme       Hörgerät

**Sehkraft:**

- gut       eingeschränkt       nicht möglich       Brille

**Desorientierung:**

- zur Zeit       zum Ort       zur Person

**Geistiger Zustand:**

- klar       verwirrt       dem Alter normal       vergesslich

**6. NACHTRUHE**

---

**Nachtruhe:**

- ungestört       gelegentlich gestört       oft gestört

- Bekommt Schlafmittel:**       Ja       Nein

**Nächtliche Hilfe:**

- nicht erforderlich       erforderlich und zwar 1-2 Mal / 3 und mehr

**7. TOILETTE**

---

**Toilette:**

- selbstständig       mit Hilfe       Teilinkontinenz  Vollinkontinenz

**Hilfsmittel:**

- Toilettenstuhl     Windeln     Vorlagen     Katheter     Stoma

---

## 8. WELCHE HILFE WIRD BENÖTIGT?

---

### Waschen/Baden/Duschen,

- selbstständig     braucht Unterstützung     komplett hilfsbedürftig

### An-/Auskleiden:

- selbstständig     braucht Unterstützung     komplett hilfsbedürftig

### Essen/Trinken

- selbstständig     braucht Unterstützung     komplett hilfsbedürftig

- Kau-/Schluckstörungen     PEG-Sonde     Diät (  Ja /  Nein )

### Begleitung bei Arztbesuchen:

- ja     nein

### Aktivierende Betreuung:

- Spaziergänge     Gesellschaftsspiele     Unterhaltung

Sonstiges:.....

---

## 9. WELCHE HILFE IM HAUSHALT WIRD BENÖTIGT?

---

- Kochen/Essenvorbereitung:**     nie     ab und zu     täglich

- Einkäufen:**     nie     ab und zu     täglich

- Saubermachen:**     nie     ab und zu     täglich

- Wäschepflege/Bügeln:**     nie     ab und zu     täglich

---

## 10. RAHMENBEDINGUNGEN:

---

### Lage:

- Stadt     Dorf     Einkaufsmöglichkeit (zu Fuß) .....Min.

### Wohnungsart:

- Haus     Wohnung     mit Garten

---

**Ausstattung des Zimmers für die Mitarbeiterin:**

- Bett     Tisch     Schrank     Schreibtisch     mit Balkon/Terasse  
 TV     Radio     Computer     Internetzugang     Flatrate

**Freizeit** (Minimum 2-3 Stunden /Tag sind Voraussetzung): .....

**Wohnt der Patient alleine?**

- ja                       nein, mit Ehemann,

**Braucht auch ein anderes Familienmitglied Pflegehilfe?**

- nein                       ja (welche?).....

**Haustiere:**

- nein                       ja ..... Mitversorgung von Haustieren:  nein  ja

---

**11. ERWARTUNGEN AN DIE BETREUERIN:**

---

**Geschlecht:**  weiblich     männlich

**Alter:**                       20-30     30-40     40-50     50-60     egal

**Führerschein mit Fahrpraxis:**

- ja                       nein

**Sprachkenntnisse:**

- sehr gut –gut     befriedigend     ausreichend     schwach     keine

**Einsatzbeginn:** .....

**Vorausgesehene Einsatzdauer:** .....

**Finanzielle Vorstellungen** .....

Datum:

Unterschrift:

Wir würden gerne etwas mehr erfahren...

**Charaktereigenschaften des Patienten/der Patientin:** .....

.....

---

**Tagesablauf:** .....

.....

.....

---

Ich bin mit der Weiterverarbeitung meiner persönlichen Daten im Rahmen der Erstellung eines unverbindlichen Angebots der Webseite [www.engeldaheim.de](http://www.engeldaheim.de) einverstanden.

Administrator Ihrer persönlichen Daten ist Engel Daheim mit dem Sitz in Taurogger Straße 14, 10589 Berlin. Ihre Daten werden ausschließlich im Rahmen der Erstellung des Angebotes, der Vertragsschließung und der damit verbundenen Kontaktaufnahme per E-Mail, per Post und telefonisch verwendet. Ohne Ihr Einverständnis werden Ihre Daten nicht an Dritte weitergegeben. Sie haben das Recht den Zugang zu Ihren persönlichen Daten zu erhalten bzw. eine Korrektur vorzunehmen. Die Übergabe Ihrer persönlichen Daten erfolgt freiwillig. Die uns erteilte Einverständniserklärung Ihrer persönlichen Daten kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf der Einverständniserklärung für die Weiterverarbeitung Ihrer persönlichen Daten sollte an [datenschutz@engeldaheim.de](mailto:datenschutz@engeldaheim.de) erfolgen.

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift des Auftraggebers**