



Hinweis:

Bitte den Fragebogen **erst** herunterladen und zunächst **abspeichern**.
Dann erst ausfüllen und erneut abspeichern.

Dieser Erhebungsbogen bildet die Basis für ein unverbindliches, individuelles Angebot.
Bitte gewissenhaft ausfüllen, da die Angaben für die Suche einer geeigneten Betreuungskraft wichtig sind.

Angaben zum Pflegebedürftigen

Nachname, Vorname	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Straße und Hausnummer	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Postleitzahl und Ort	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Land	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Festnetz-Telefon	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Mobil	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
E-Mail-Adresse	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Geburtsdatum	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Angaben zur Kontaktperson

Nachname, Vorname	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Straße und Hausnummer	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Postleitzahl und Ort	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Land	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Festnetz-Telefon	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Mobil	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
E-Mail-Adresse	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Verhältnis zu Pflegebedürftigem (z. B. Sohn, Tochter, Enkel, Partner, Freund)	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Gerne beraten wir Sie persönlich. Wie können wir Sie am besten erreichen?	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.



Wohnsituation

Wohnt die Kontaktperson bei der zu betreuenden Person?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Entfernung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Wohnt die pflegebedürftige Person alleine? *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein , wie viele Personen leben im Haushalt? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Benötigt ein Mitbewohner auch Hilfeleistungen? (falls ja, bitte weiteren Fragebogen ausfüllen) <input type="checkbox"/> ja, Betreuung und Haushalt <input type="checkbox"/> ja, aber nur Haushalt <input type="checkbox"/> nein
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Wohnung
Größe der Wohnfläche (in qm)	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Wohnlage	<input type="checkbox"/> Großstadt, zentrale Lage <input type="checkbox"/> Kleinstadt <input type="checkbox"/> Großstadt, Randlage <input type="checkbox"/> Dorf, ländliche Gegend
Einkaufsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/> fußläufig bis 10 Min. <input type="checkbox"/> fußläufig bis 20 Min. <input type="checkbox"/> größere Entfernung Anmerkung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Ist ein Garten vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Separates Zimmer für die Betreuungskraft *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nähere Beschreibung des Zimmers: (z. B. Größe, Möbel, Internet?, TV?, Radio?, eigenes Bad?) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Leben Tiere im Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Folgende Tiere leben im Haushalt: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Sollen diese Haustiere auch versorgt werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nach Bedarf



Angaben zur Haushaltstätigkeit

Welche Tätigkeiten im Haushalt sind notwendig?	<input type="checkbox"/> Einkäufe <input type="checkbox"/> Wohnung reinigen <input type="checkbox"/> Kochen <input type="checkbox"/> Wäsche <input type="checkbox"/> Gartenarbeit <input type="checkbox"/> Haustierpflege Weitere Tätigkeiten: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
--	---

Angaben zur Pflegesituation und zum Betreuungsumfang

Größe der zu betreuenden Person	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Gewicht der zu betreuenden Person	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Überprüfung beantragt <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
In welchem Zustand befindet sich der Pflegebedürftige?	<input type="checkbox"/> geistig und körperlich beeinträchtigt <input type="checkbox"/> geistig beeinträchtigt, aber körperlich recht fit <input type="checkbox"/> geistig recht fit, aber körperlich beeinträchtigt <input type="checkbox"/> geistig und körperlich recht fit
Wesentliche Erkrankungen / Einschränkungen	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. (z. B. Alzheimer (Anfang, fortgeschritten), Demenz (leicht, mittel, fortgeschritten), Parkinson, Schlaganfall, Herzinfarkt, Hypertonie, Krebserkrankung, Rheuma, Depression, Asthma, Allergien, Diabetes, Stoma, Inkontinenz, Dekubitus, Osteoporose, Sehbehinderungen, Lähmungen ...)
Mobilität	<input type="checkbox"/> Hilfe beim Aufstehen erforderlich <input type="checkbox"/> selbstständiges Gehen <input type="checkbox"/> Gehen mit Unterstützung <input type="checkbox"/> teilweise Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollstuhl, komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> bettlägerig, Lagerung erforderlich



Toilette	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> Teilinkontinenz <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz Verwendete Hilfsmittel: (z. B. Windeln, Vorlagen, Katheter, Toilettenrollstuhl) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Orientierung	<input type="checkbox"/> keine Probleme mit der Orientierung <input type="checkbox"/> teilweise orientiert <input type="checkbox"/> größere Probleme mit der Orientierung
Tägliche Körperpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise selbstständig, mit Anleitung <input type="checkbox"/> muss überwiegend übernommen werden
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise selbstständig, mit Anleitung <input type="checkbox"/> muss überwiegend übernommen werden
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise selbstständig, mit Anleitung <input type="checkbox"/> muss überwiegend übernommen werden Anmerkung zum Essen und Trinken: (z. B. Schluckstörung, Diät) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
An-/Ausziehen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise selbstständig, mit Anleitung <input type="checkbox"/> muss überwiegend übernommen werden
Sind nächtliche Einsätze über die Rufbereitschaft hinaus erforderlich?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> (fast) jede Nacht Nähere Angaben zu erforderlichen Nachteinsätzen (z. B. Art, Umfang, Häufigkeit) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Welche sonstige Betreuung ist gewünscht?	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. (z. B. Spiele, Spaziergänge, Begleitung zu Arztbesuchen)
Vorhandene Hilfsmittel (z. B. Brille, Hörgerät, Rollator, Rollstuhl, Toilettenstuhl, Pflegebett, Badewannenlifter, Transferlifter)	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.



Derzeitige Betreuung	<input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> 24 Stunden-Betreuung <input type="checkbox"/> Krankenhaus, Reha, stationäre Einrichtung
In welchem Umfang ist derzeit ein Pflegedienst im Einsatz?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> einmal täglich <input type="checkbox"/> mehrfach täglich Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Soll der Pflegedienst weiterhin eingesetzt werden? <input type="checkbox"/> ja, wie bisher <input type="checkbox"/> ja, aber weniger <input type="checkbox"/> nein
Kurze Beschreibung des Pflegebedürftigen (z. B. Charakter, Vorlieben, Interessen)	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Tagesablauf

Bitte beschreiben Sie kurz einen typischen Tagesablauf des Pflegebedürftigen (mit groben Uhrzeiten und Tätigkeiten):

Morgens	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Vormittags	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Mittags	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Nachmittags	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Abends	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Nachts	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.



Wünsche bezüglich der Betreuungskraft

Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unwichtig
Alter	<input type="checkbox"/> eher jünger <input type="checkbox"/> mittleres Alter <input type="checkbox"/> eher älter <input type="checkbox"/> unwichtig
Gewünschte Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse der deutschen Sprache <input type="checkbox"/> mittlere Kenntnisse der deutschen Sprache <input type="checkbox"/> gute bis sehr gute Kenntnisse der deutschen Sprache
Führerschein erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja, mit Fahrpraxis <input type="checkbox"/> wünschenswert <input type="checkbox"/> unwichtig
Darf die Betreuungskraft Raucher sein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, aber nur draußen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unwichtig
Sonstige Wünsche	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Abschließende Fragen

Wird die Betreuungskraft langfristig benötigt?	<input type="checkbox"/> ja, als Alternative zum Heim <input type="checkbox"/> nein, nur vorübergehend, und zwar: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Gewünschtes Startdatum	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.



Was möchten Sie uns noch mitteilen? Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen?	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Einwilligungserklärung Datenschutz: (bitte ankreuzen)

- Ich willige ein, dass die RUNDUM Seniorenbetreuung die in diesem Erhebungsbogen erhobenen personenbezogenen Daten einschließlich der erhobenen Daten zur Pflegesituation zum Zwecke der Vermittlung eines Dienstleistungsvertrages zur häuslichen Betreuung speichern und verarbeiten sowie an Kooperationspartner innerhalb der EU weitergeben darf.
- Die Datenschutzinformation der RUNDUM Seniorenbetreuung habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin informiert, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.
- Hiermit versichere ich, dass ich nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäße und – soweit möglich – vollständige Angaben gemacht habe.

Die Übermittlung des Fragebogens erfolgt (bitte auswählen):

- als zu betreuende Person (Dienstleistungsempfänger)
- als Bevollmächtigter
- für die zu betreuende Person, weil diese nicht im Stande ist, die Einwilligung zu erteilen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

(Ort, Datum)

(Name, Vorname)

Herzlichen Dank für das sorgfältige Ausfüllen des Fragebogens!
Auf der Basis Ihrer Informationen werden wir Ihnen in Kürze geeignete Betreuer vorschlagen.