



## Fragebogen

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	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Land	
Festnetz-Telefon	
Mobil	
E-Mail-Adresse	
Geburtsdatum	

## Angaben zur Kontaktperson

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



## Wohnsituation

Wohnt die Kontaktperson bei der zu betreuenden Person?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Entfernung: _____
Wohnt die pflegebedürftige Person alleine? *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn <b>nein</b> , wie viele Personen leben im Haushalt? _____  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)	_____
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: _____
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?) _____ _____



<p>Leben Tiere im Haushalt?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja: Folgende Tiere leben im Haushalt:</p> <p>_____</p> <p>Sollen diese Haustiere auch versorgt werden?</p> <p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> nach Bedarf</p>
---------------------------------	---

### Angaben zur Haushaltstätigkeit

<p>Welche Tätigkeiten im Haushalt sind notwendig?</p>	<p><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</p> <p>Weitere Tätigkeiten:</p> <p>_____</p>
---	---

### Angaben zur Pflegesituation und zum Betreuungsumfang

<p>Größe der zu betreuenden Person</p>	<p>_____</p>
<p>Gewicht der zu betreuenden Person</p>	<p>_____</p>
<p>Pflegegrad</p>	<p><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</p>
<p>In welchem Zustand befindet sich der Pflegebedürftige?</p>	<p><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</p>



<p>Wesentliche Erkrankungen / Einschränkungen</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <p>(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 ...)</p>
<p>Mobilität</p>	<p><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</p>
<p>Toilette</p>	<p><input type="checkbox"/> selbstständig  <input type="checkbox"/> mit Hilfe  <input type="checkbox"/> Teilinkontinenz  <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz</p> <p>Verwendete Hilfsmittel: (z. B. Windeln, Vorlagen, Katheter, Toilettenrollstuhl)</p> <hr/>
<p>Orientierung</p>	<p><input type="checkbox"/> keine Probleme mit der Orientierung  <input type="checkbox"/> teilweise orientiert  <input type="checkbox"/> größere Probleme mit der Orientierung</p>
<p>Tägliche Körperpflege</p>	<p><input type="checkbox"/> selbstständig  <input type="checkbox"/> teilweise selbstständig, mit Anleitung  <input type="checkbox"/> muss überwiegend übernommen werden</p>
<p>Baden / Duschen</p>	<p><input type="checkbox"/> selbstständig  <input type="checkbox"/> teilweise selbstständig, mit Anleitung  <input type="checkbox"/> muss überwiegend übernommen werden</p>
<p>Essen und Trinken</p>	<p><input type="checkbox"/> selbstständig  <input type="checkbox"/> teilweise selbstständig, mit Anleitung  <input type="checkbox"/> muss überwiegend übernommen werden</p> <p>Anmerkung zum Essen und Trinken: (z. B. Schluckstörung, Diät)</p> <hr/>
<p>An-/Ausziehen</p>	<p><input type="checkbox"/> selbstständig  <input type="checkbox"/> teilweise selbstständig, mit Anleitung  <input type="checkbox"/> muss überwiegend übernommen werden</p>



Sind nächtliche Einsätze erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. nähere Angaben zu erforderlichen Nachteinsätzen (z. B. Art, Umfang, Häufigkeit) _____
Welche sonstige Betreuung ist gewünscht?	_____ _____ _____ (z. B. Spiele, Spaziergänge, Begleitung zu Arztbesuchen)
Vorhandene Hilfsmittel (z. B. Brille, Hörgerät, Rollator, Rollstuhl, Toilettenstuhl, Pflegebett, Badewannenlifter, Transferlifter)	_____ _____ _____
Derzeitige Betreuung	<input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> sog. 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? _____ 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)	_____ _____ _____ _____ _____



## Tagesablauf

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

Morgens	
Vormittags	
Mittags	
Nachmittags	
Abends	
Nachts	

## 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	_____

### Abschließende Fragen

Wird die Betreuungskraft langfristig benötigt?	<input type="checkbox"/> ja, als Alternative zum Heim <input type="checkbox"/> nein, nur vorübergehend, und zwar: _____
Gewünschtes Startdatum	_____
Was möchten Sie uns noch mitteilen? Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen?	_____ _____ _____ _____ _____
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	_____ _____



**RUNDUM**  
Seniorenbetreuung

Tel. Beratung: 0241 95 29 862  
Den ausgefüllten Fragebogen schicken Sie bitte:  
per Mail an: Info@Rundum-Seniorenbetreuung.de  
per Post an: Rundum Seniorenbetreuung  
Dr. Michaela Hartwig  
Am Finkenschlag 9, 52078 Aachen  
oder per Fax an: 03222 379 86 53

**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

---

(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.

---

**RUNDUM**  
Seniorenbetreuung

Dr. Michaela Hartwig  
Am Finkenschlag 9  
52078 Aachen  
www.rundum-seniorenbetreuung.de

Tel. : 0241 95 29 862  
Mobil: 0157 75 87 15 83  
Fax: 03222 379 86 53  
info@rundum-seniorenbetreuung.de