

1. ANGABEN ZUR ZU BETREUENDEN PERSON

Vorname / Name:

Geburtsdatum / Alter:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Größe / Gewicht:

Pflegegrad: beantragt kein 0 1 2 3 4 5

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst:

ja nein geplant

Wenn ja, soll der Pflegedienst auch weiter in Anspruch genommen werden:

ja nein

In welchem Umfang möchten Sie die Leistungen des Pflegedienstes beibehalten:

Leben weitere Personen im zugehörigen Haushalt: z. B. Ehemann/Ehefrau, Angehörige:

ja Name, Vorname, Alter: _____ nein

2. GESUNDHEITZUSTAND DER ZU BETREUENDEN PERSON

Wie ist die Mobilität der zu betreuenden Person:

- uneingeschränkte Mobilität
 leicht gehbehindert
 rollatorfähig
 rollstuhlfähig
 bettlägerig

Wie ist der geistige Zustand der zu betreuenden Person:

- klar
 verwirrt
 teilnahmslos
 aggressiv
 apathisch

Welche Krankheiten liegen vor:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheder | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: | _____ | |

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten:

- ja
 nein

Falls ja, welche:

Charakterisieren Sie bitte die zu betreuende Person in folgenden Bereichen:

- | | | | |
|--------------------------|--|--|--|
| Körperpflege: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| Baden/Duschen: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| An-/Auskleiden: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| Essen/Trinken: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| Urinkontrolle: | <input type="checkbox"/> kontrolliert | <input type="checkbox"/> teilweise inkont. | <input type="checkbox"/> inkontinent |
| Stuhlkontrolle: | <input type="checkbox"/> kontrolliert | <input type="checkbox"/> teilweise inkont. | <input type="checkbox"/> inkontinent |
| Schluckstörungen: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> hat Störungen | <input type="checkbox"/> PEG Sonde |

3. ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUUNGSKRAFT / RAHMENBEDINGUNGEN

Geschlecht:

- Frau Mann egal

Alter:

- 20-30 Jahre 30-40 40-50 älter als 50 egal

Sprachkenntnisse:

- sehr gut gut befriedigend

Führerschein:

- ja, sehr wichtig egal

Nichtraucherin:

- ja, sehr wichtig egal

Welche besonderen Erwartungen stellen Sie an die Betreuungskraft:

(Charakter, Eigenschaften, Körperliche Belastbarkeit)

Rahmenbedingungen:

- Großstadt Kleinstadt Ländlich

Wohnsituation:

- Mehrfamilienhaus Einfamilienhaus Wohnung

Einkaufsmöglichkeiten:

- ca. 10 min. ca. 20-40 min. ca. 1 Stunde

Kann dem Personal ein separates Zimmer zu Verfügung gestellt werden:

- ja nein

Verfügt dieses Zimmer über ein TV Gerät:

- ja nein

Existiert ein Internetanschluss oder ist die Installation möglich:

- ja nein

Besteht die Möglichkeit einer Telefonflatrate ins EU-Ausland:

- ja nein

Freizeit:

- 2 Std./Tag 1 Tag/Woche nach Absprache

Dauer der Betreuung:

- 1-2 Monate 3 Monate und länger

Geplanter Beginn der Betreuung:

Haustiere:

- keine ja, welche: _____
ELSA CARE European Living Support Agency · kontakt@elsacare.pl · www.elsacare.pl

Gibt es eine Haushaltshilfe:

4. INFORMATIONEN ZUM ANSPRECHPARTNER

Vorname / Name:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Telefon / Fax:

Mobil:

E-Mail:

Verwandtschaftsgrad:

Wie möchten Sie Ihr Angebot erhalten:

E-Mail Post Fax

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Internet Prospekte Bekannte Pflegestützpunkt

Andere, welche:

Ihre Angaben und Informationen werden von uns selbstverständlich vertraulich behandelt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Fragebogen verstanden und gewissenhaft sowie wahrheitsgetreu ausgefüllt habe. Ich erteile mein Einverständnis, dass die ELSA Care Sp. z o.o. die in diesem Fragebogen enthaltenen, persönlichen Daten im Rahmen meiner Anfrage verwendet.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Anfrage!

Bitte nur ausfüllen wenn zutreffend.

5. GESUNDHEITZUSTAND DER WEITEREN ZU BETREUENDEN PERSON

Wie ist die Mobilität der zu betreuenden Person:

- uneingeschränkte Mobilität leicht gehbehindert rollatorfähig rollstuhlfähig bettlägerig

Wie ist der geistige Zustand der zu betreuenden Person:

- klar verwirrt teilnahmslos aggressiv apathisch

Welche Krankheiten liegen vor:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheder | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | | |

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten:

- ja nein

