



**Das Ausfüllen des Fragebogens ist für uns hilfreich, um für Sie ein detailliertes Angebot zu erstellen.**

### 1. PERSONENDATEN

- Ansprechpartner**

Name und Vorname: .....

Adresse: .....

Telefon/Handy:.....

E-Mail: .....

- Leistungsempfänger**

Name und Vorname: .....

Adresse: .....

Telefon/Handy: .....

E- Mail: .....

### 2. ANGABEN ZUR PFLEGE

Größe: .....cm

Gewicht: .....kg

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: .....

**Pflegegrad:**

ja  nein  ein Pflegegrad ist beantragt

Grad 1. 2. 3. 4. 5.  Härtefall

### 3. VERHÄLTNIS DES LEISTUNGSEMPFÄNGER ZUM ANSPRECHPARTNER

Mutter  Vater  oder  .....

- Wer soll Vertragspartner werden?**

Ansprechpartner  Leistungsempfänger

- Rechnungsstellung erfolgt an:**

Ansprechpartner  Leistungsempfänger



#### 4. GESUNDHEITSMERKMALE

- **Mobilität:**

selbständig      mit Unterstützung      Rollstuhl      bettlägerig

Die Pflegeperson:

...muss angehoben werden      ... kann dabei mithelfen      ... kann selbständig aufstehen

Transfer Bett/Rollstuhl:

selbständig      hilft mit      komplett hilfsbedürftig      bettlägerig, kein Transfer

Hilfsmittel:

Rollstuhl      Rollator      Unterarmgehstützen

- **geistiger Zustand:**

klar      apathisch      teilnahmslos  
verwirrt      depressiv      aggressiv

- **Toilette:**

selbstständig      mit Hilfe      Teilinkontinenz      Vollinkontinenz

Hilfsmittel

Vorlagen      Urinflasche      Windeln      Dauerkatheter

- **Orientierung:**

zeitlich      eingeschränkt      teilweise eingeschränkt      gar nicht  
örtlich      eingeschränkt      teilweise eingeschränkt      gar nicht  
persönlich      eingeschränkt      teilweise eingeschränkt      gar nicht

- **Diagnosen:**

<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> MS-Patient	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit
<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Druckgeschwür	<input type="checkbox"/> Herzkrankheit
<input type="checkbox"/> zeitliche Desorientierung	<input type="checkbox"/> räumliche Desorientierung	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung
<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> PEG-Sonde		

Weitere Krankheiten:

.....  
.....  
.....



• **Diät:**

ja (welche): .....  nein

• **Ist ein Pflegedienst beauftragt?**

ja  nein

Wenn ja, soll Pflegedienst soll weiterhin kommen?  ja  nein

Wie oft täglich? .....

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

.....  
.....

• **Es besteht Hilfsmittel:**

Hebegurt  Hebesitz  Patientenlift  Wannenlifter  Hörgerät

Rollator  Rollstuhl  Pflegebett  Dekubitusmatratze  Toilettenstuhl

andere

.....

• **Kommunikationsfähigkeit:**

Sprache  keine Einschränkung  geringe Einschränkung  starke Einschränkung

Sehkraft  keine Einschränkung  geringe Einschränkung  starke Einschränkung

Hörvermögen  keine Einschränkung  geringe Einschränkung  starke Einschränkung

Hörgerät  ja  nein

Brille  ja  nein

• **Schlafstörung:**

**Ein-/Durchschlafen:**

keine Probleme  sporadisch  Schlaf-/Wachrhythmus gestört

**Nachruhe:**

ungestört  gelegentlich gestört  oft erhebliche Unruhe

regelmäßig nächtliche Betreuung

**Überwachung in der Nacht:**

ja  nein

Wenn ja, wie oft und wie sollte diese ablaufen?

.....  
.....



• **Aktuelle Therapien:**

- keine      Krankengymnastik      Logopädie      sonstige

Hobbys:

.....

**5. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT:**

• **Pflegerische Tätigkeiten:**

- |                                 |                                      |  |  |
|---------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| An-/ auskleiden                 | selbständig <input type="checkbox"/> | mit Unterstützung <input type="checkbox"/> | komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> |
| Baden/Duschen                   | selbständig <input type="checkbox"/> | mit Unterstützung <input type="checkbox"/> | komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> |
| Mundpflege                      | selbständig <input type="checkbox"/> | mit Unterstützung <input type="checkbox"/> | komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> |
| Oberkörper                      | selbständig <input type="checkbox"/> | mit Unterstützung <input type="checkbox"/> | komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> |
| Intimpflege                     | selbständig <input type="checkbox"/> | mit Unterstützung <input type="checkbox"/> | komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> |
| Gesäß/ Beine                    | selbständig <input type="checkbox"/> | mit Unterstützung <input type="checkbox"/> | komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> |
| Haare waschen/kämmen            | selbständig <input type="checkbox"/> | mit Unterstützung <input type="checkbox"/> | komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> |
| Rasieren                        | selbständig <input type="checkbox"/> | mit Unterstützung <input type="checkbox"/> | komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> |
| Handpflege                      | selbständig <input type="checkbox"/> | mit Unterstützung <input type="checkbox"/> | komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> |
| Toilettengang                   | selbständig <input type="checkbox"/> | mit Unterstützung <input type="checkbox"/> | komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> |
| Windeln wechseln                | ja <input type="checkbox"/>          | nein <input type="checkbox"/>              |  |
| Hilfestellung beim stehen/gehen | ja <input type="checkbox"/>          | nein <input type="checkbox"/>              |  |
| Begleitung beim Arztbesuch      | ja <input type="checkbox"/>          | nein <input type="checkbox"/>              |  |

**weiteres:**.....

.....

• **Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:**

- Reinigung der Wohnung       Kochen (für wie viel Personen?.....)
- Wäsche waschen       Einkaufen
- Bügeln       Freizeitgestaltung
- Spazieren gehen:     mit Gehstock     mit Gehilfe     im Rollstuhl     Rollator     ohne Hilfe
- aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele)
- 24h Rufbereitschaft

**Andere Tätigkeiten:**.....

.....



## 6. ANGABEN ZUM HAUSHALT

- **Art des Haushaltes:**

Wohnung Haus Fläche..... m<sup>2</sup>

- **Anzahl Zimmer:**

..... im EG  KG  Etage.....

- **Lage:**

Großstadt-zentral Großstadt-abgelegen Kleinstadt  
Dorf Ländlich

- **Anzahl im Haushalt lebender Personen:** .....

- **Wer wohnt mit im Haushalt?:**

Ehepartner Verwandte Bekannte Sonstige .....

**oder kommt zu Besuch** täglich wöchentlich monatlich

- **Ist Gartenpflege erwünscht?** ja nein

- **Falls ja, welche Gartenarbeiten sind erwünscht?** .....

- **Ist Haustierpflege erwünscht?** ja nein

- **Wenn ja, welche?** .....

- **Ist ein Auto vorhanden?** ja nein

- **Wenn ja, ist Autofahren erwünscht?** ja nein

- **Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):**

ca.10 min. ca.20 min. ca.40min. 1 Stunde länger als 1 Stunde

## 7. PERSONALANFORDERUNGEN

- **Gewünschte Datum des Einsatzbeginns:** .....

- **Betreuungsdauer:** langfristig nur kurze Zeit steht noch nicht fest

- **Geplante Dauer des Pflegeeinsatzes:** .....

- **Geschlecht:**

weiblich männlich 2 Personen egal

- **Alter:**

20-35 36-50 älter als 50 Jahre egal

- **Kräftige Person:** egal ja, da schwergewichtiger Patient



- **Kochkenntnisse:** ja, wichtig nein egal
- **Nichtraucher/in:** ja, wichtig egal
- **Führerschein mit Fahrpraxis:** ja, wichtig nein egal
- **Tierlieb:** ja, wichtig egal

- **Deutschkenntnisse:**

keine Deutschkenntnisse – Unterhaltung auf Polnisch ist im Haushalt der pflegebedürftigen Person möglich

Grundkenntnisse – Verstehen mit Schwierigkeiten, sprechen sehr wenig

erweiterte Grundkenntnisse – Verstehen gut, sprechen mit Schwierigkeiten

gute Kenntnisse – einfache Unterhaltung ist möglich

sehr gute Kenntnisse – Unterhaltung ohne Einschränkung

- **Vorhandene Ausstattung des eigenen Zimmers für die Betreuerin/ den Betreuer:**

eigenes Bad Bett Tisch Schrank

Radio TV Gerät Internet Anschluss Sonstiges

.....  
.....

- **Sonstiges:**

**Hier können Sie sonstige Angaben machen, die Ihnen wichtig erscheinen, oder Fragen stellen, die Sie geklärt haben möchten:**

.....  
.....  
.....

- **Wie sind Sie denn auf die Agentur ANGLE CARE 24 aufmerksam geworden?**

Internet Pflegedienst Sozialstation Presse/Zeitung

Bekannte/Freunde Empfehlung von .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## Anlage 1 : TAGESABLAUF

<b>Morgens:</b> Baden/Duschen	wecken um: ..... .....pro Woche	<input type="checkbox"/> ausschlafen lassen
<b>Vormittags:</b>		
<b>Mittags:</b>		
<b>Nachmittags:</b>		
<b>Abends:</b>		
<b>Nachts:</b>		
<b>PAUSE für BK- (Sie soll mind. 2-3 Stunden Pause am Tag haben)</b>		

Ich stimme der Verarbeitung meiner persönlichen Daten gemäß dem Datenschutzgesetz im Zusammenhang mit der Durchführung des Antrags zu. Die Angabe von Daten ist freiwillig, aber es ist notwendig, die Anfrage zu bearbeiten. Der für die Verarbeitung der Daten verantwortlich ist AngelCare 24 sp.zo.o.sp.k. ul. Chopina 41/2, 20-023 Lublin Sie haben das Recht, auf den Inhalt Ihrer Daten zuzugreifen und diese zu korrigieren, indem Sie eine Bewerbung an folgende E-Mail-Adresse senden [biuro@angelcare24.eu](mailto:biuro@angelcare24.eu)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

[biuro@angelcare24.eu](mailto:biuro@angelcare24.eu)