



Grazyna 24
24 Stunden-Pflege
und Betreuung *zu Hause*

Fragebogen – Bestandsaufnahme –

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen per Post zu.
Haben Sie eventuell noch Fragen? In einem persönlichen Gespräch
können wir gemeinsam alle Unklarheiten beseitigen.

Rufen Sie uns einfach an.

Grazyna Lorenz
Haeselerstr. 19
14050 Berlin
info@grazyna24.de
Mobil: 0157 854 637 08
Tel.: 030 / 308 398 33

1. Kontaktdaten:

Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____

2. Angaben Leistungsempfänger/in:

Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____
Alter _____
Größe _____
Gewicht _____
Pflegegrad 1 2 3 4 5

Gewünschter
Betreuungsbeginn _____

Anzahl der im
Haushalt lebenden
Personen 0 1 2

(zusätzlich zur
Pflegeperson)

Anfallende Arbeiten
für diese zusätz-
lichen Personen: Hauswirtschaftliche Unterstützung
 Pflegehilfe

3. Gesundheitszustand:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> anfängliche Demenz | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> fortgeschrittene Demenz | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> MS-Patient/in |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schlaganfall-Patient | <input type="checkbox"/> Parkinson |

4. Einschränkungen:

Toilette:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> geht alleine | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> Teilinkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Vollkontinent | <input type="checkbox"/> Dauerkatheder | |

Bewegung / Mobilität:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> läuft alleine | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> hilfsbedürftig |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> bettlägerig |

Transfer Bett / Rollstuhl:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
|--|--|--|

Stehen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
|--|--|--|

Treppensteigen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
|--|--|--|

Hilfsmittel:

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Badewannenlift |
| <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Lifter | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze |

Sonstiges: _____

5. Orientierungsfähigkeit der betreuenden Person:

- | | | | |
|----------------|------------------------------------|--|--|
| zeitlich | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> desorientiert |
| zur Person | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> desorientiert |
| Sprachvermögen | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> desorientiert |
| situativ | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> desorientiert |

6. Vorlieben der zu betreuenden Person:

- | | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> spazierengehen | <input type="checkbox"/> Literatur | <input type="checkbox"/> Spiele | <input type="checkbox"/> Kochen |
|---|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

7. Gewünschte Leistung – hauswirtschaftliche Versorgung:

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Saubermachen | <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Haustiere |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> Bügeln | <input type="checkbox"/> sonstige Arbeiten | <input type="checkbox"/> Hund |
| | | | <input type="checkbox"/> Katze |

8. Anforderungen Pflegekraft:

Sprachkenntnisse

Deutsch: gut befriedigend ausreichend

Führerschein: ja nein

Geschlecht: weiblich männlich irrelevant

9. Rahmenbedingungen:

Lage: Stadt Dorf ländlich

Wohnung: Einfamilienhaus Wohnung Wohnfläche ca. ____ m²

Einkaufen: ca. 10 Min. ca. 20 Min.

Zimmer/Betreuerin: Bett Schrank Tisch

TV Internet

Bad / WC: separat gemeinsame Nutzung

In welchem Zeitraum benötigen Sie eine Betreuerin?

6 Wochen 1 Monat

nach Absprache

Hier können Sie weitere Angaben machen.

Ort

Datum

Unterschrift