

**Agentur Pflege24Senioren,
Am Schützenwald 35, 17373 Ueckermünde
Tel.: 039771 – 527 990, Fax: 039771 – 527 991
Mail: pflege24senioren@gmx.de**

Kontaktperson - Verhältnis zum Leistungsempfänger : Vater/Mutter _____

Familien - Name : _____ Vorname : _____

Straße/Nr. : _____ PLZ/Ort : _____

Telefon : _____ Handy : _____

Fax : _____ E-Mail : _____

Leistungsempfänger

Familien – Name : _____ Vorname : _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort : _____

Telefon : _____ Handy : _____

Alter : _____ Größe/cm _____ Gewicht/kg _____ Raucher _____

Anzahl der Mitglieder im Haushalt ____ Braucht ein weiteres Familienmitglied Hilfe? ____
Falls ja, bitte für jede weitere Person einen Fragebogen ausfüllen.

Wohnen Angehörige im selben Haus? ____ in der Nähe? ____ kommen wie oft zu Besuch? _____

Pflegestufe I, II oder III ____ keine ____ Härtefall _____ Pflegestufe beantragt _____

Wann soll die Beschäftigung beginnen ? _____

Wer soll Vertragspartner werden? (Kontaktperson oder Leistungsempfänger) _____

Beschäftigungsdauer: langfristig _____ steht noch nicht fest _____ mindestens ____ Monate

Voraussichtliche Arbeitszeit pro Tag: ____ Std., Regelmäßige Nachteinsätze(z.B. Toilettengänge) _____

Ist/wird ein Pflegedienst beauftragt? ____ Soll der Pflegedienst künftig noch kommen? _____

Einschränkungen/Krankheiten

Geistige Situation: klar ____ verwirrt ____ dem Alter normal ____ teilnahmslos ____

Beweglichkeit: Rollstuhl _____ kann alleine laufen _____ bettlägerig _____ läuft mit Hilfe _____

Toilette: mit Hilfe ____ selbständig ____ Urininkontinenz ____ Stuhlinkontinenz ____ Katheter _____

Körperpflege: mit Hilfe ____ ohne Hilfe ____ An- und Auskleiden: mit Hilfe ____ ohne Hilfe _____

Nahrungsaufnahme: mit Hilfe ____ ohne Hilfe ____ Aufstehen/zu Bett gehen: mit Hilfe ____ ohne Hilfe _____

Alzheimer ____ Demenz ____ Parkinson ____ Schlaganfall ____ Schwerhörigkeit ____ MS _____

Sonstige Erkrankungen _____

Vorlieben: (Fernsehen – welche Filme - , spazieren gehen, Speisen, Literatur – welche - , Spiele, Theater)

Personalanforderungen:

Sprachkenntnisse: a) Deutsche Sprachkenntnisse sind nicht erforderlich _____
b) Mindestens Grundkenntnisse der deutschen Sprache
(einfache Anweisungen auf Deutsch sollten verstanden werden) _____
c) Erweiterte deutsche Sprachkenntnisse
(einfache Unterhaltung auf Deutsch sollte möglich sein) _____
d) Eine andere Sprache ist ausreichend. Welche? _____

Geschlecht: weiblich _____ männlich _____ egal _____

Alter: _____ Führerschein: erforderlich ___ nicht erforderlich ___ Raucher: ja ___ nein (nur im Freien) ___

Weitere Anforderungen: _____

Tätigkeiten: 24-Stunden Rufbereitschaft ___ einkaufen ___ kochen ___ Haus/Wohnung reinigen ___
Wäsche waschen ___ Hilfe bei der Körperpflege ___ Freizeitgestaltung ___ Ausflüge ___
Arztbegleitung ___ Autofahrten ___ spazieren gehen ___ Gartenarbeit ___ Haustiere
füttern (Hausgröße/qm ___ Gartengröße/qm ___ Haustierart ___)

andere Leistungen: _____

Freizeitausgleich (z.B. ein Tag pro Woche, ein freies Wochenende pro Monat): _____

Verpflegung: Mit Familie oder separate Verpflegung? _____

Der nächste Bahnhof (Anschrift) ist: _____

Wer holt die Betreuungskraft am Bahnhof ab? _____ Tel.-Nr.: _____

Raum für weitere Angaben und Anforderungen: _____

Ort _____ **Datum** _____ **Unterschrift** _____