



SENIOVIT Jolanta Michalek

Parkwinkel 8

24229

Tel.: 04308-183810

Fax: 04308-183811

[www.seniovit.de](http://www.seniovit.de)

E-Mail: [info@seniovit.de](mailto:info@seniovit.de)

## Fragebogen

Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig und wahrheitsgetreu aus und schicken an uns zurück damit wir Ihnen ein unverbindliches Angebot erstellen können. Sie gehen durch dieses Formular keinerlei Verpflichtungen gegenüber unserer Agentur ein. Falls Sie eine Betreuung für zwei in einem Haushalt lebende Personen suchen, füllen Sie bitte zwei getrennte Formulare aus.

### 1. Auftraggeber

| Titel                |
|----------------------|
| Vorname / Name:      |
| Straße / Hausnummer: |
| PLZ / Ort:           |
| Telefonnummer:       |
| Faxnummer:           |
| Mobilnummer:         |
| E-Mailadresse:       |



## 2. Leistungsnehmer

|                      |
|----------------------|
| Vorname / Name:      |
| Straße / Hausnummer: |
| PLZ / Ort:           |
| Telefonnummer:       |
| Faxnummer:           |
| Mobilnummer:         |
| E-Mailadresse:       |

### Verhältnis zum Auftraggeber:

(z.B. Mutter/ Vater) \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

### Hobbies und Interessen:

\_\_\_\_\_

### Besondere persönliche Eigenschaften:

\_\_\_\_\_



### 3. Angaben zur Pflegebedürftigkeit des Leistungsnehmers (Pflegegrad)

- kein Pflegegrad
- Pflegegrad ist beantragt
- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5

Ist ein Pflegedienst beauftragt?

ja     nein

Soll ein Pflegedienst (weiter) kommen?

ja     nein



#### 4. Gesundheitszustand

##### Geistiger Zustand des Leistungsnehmers:

- klar  leicht verwirrt  stark verwirrt  aggressiv  depressiv

##### Kommunikation

- möglich
- eingeschränkt möglich

warum? \_\_\_\_\_

- nicht möglich

warum? \_\_\_\_\_

##### Mobilität

- keine Einschränkung
- geringe Einschränkung/ welche Art? \_\_\_\_\_
- starke Einschränkung/ welche Art? \_\_\_\_\_
- bettlägerig
- muss angehoben werden



#### 4. Gesundheitszustand

##### Hilfsmittel

- Gehstock
- Rollator
- Rollstuhl
- Pflegebett
- Dekubitusmatratze
- Lift
- Andere \_\_\_\_\_

##### Toilettengang

- selbständig
- mit Hilfe
- Inkontinenzmaterialwechsel nötig (Windel, Einlagen etc.)

##### Bekannte Krankheiten

- Diabetes
- Bluthochdruck
- Inkontinenz
- Schlaganfall
- Dekubitus
- Rheuma
- Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörung
- Asthma
- Depressionen
- MS
- Osteoporose
- Demenz/ Alzheimer
- Parkinson
- Allergien
- Tumore

Andere Krankheiten und Besonderheiten zum Gesundheitszustand

(z.B. künstlicher Darmausgang, Dauerkatheter, Diät?)

---



**5. Angaben zum Haushalt**

- Wohnung       Haus Größe in m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_
- Stadt             Dorf

Entfernung zur nächsten Stadt in KM \_\_\_\_\_

Wie erreichbar (Bus/ Bahn)? \_\_\_\_\_

- Garten             Größe in m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_
- Haustiere        Welche? \_\_\_\_\_

Ein PKW steht zur Verfügung

Andere Personen leben im Haushalt; wenn ja, Verhältnisgrad angeben

(z.B. Kinder/ Ehepartner) \_\_\_\_\_

Angehörige leben in der Nähe; wenn ja, wie oft kommen Sie zu Besuch?

\_\_\_\_\_

Einkaufsmöglichkeiten

- vor Ort             weiter entfernt / Entfernung in Km \_\_\_\_\_

Wie erreichbar (Bus/ Bahn)? \_\_\_\_\_

Für die Betreuungskraft steht zur Verfügung:

- eigenes, eingerichtetes Zimmer       eigene, eingerichtete Wohnung
- eigenes Bad                                     Badmitbenutzung
- Balkon    Garten    Telefon    Internet    Fernseher

Sonstige Angaben zum Haushalt:

\_\_\_\_\_



## 6. Angaben zur Betreuungstätigkeit

Gewünschter Beginn der Betreuung \_\_\_\_\_

Betreuungsdauer:     1 Monat    2 Monate    mehr als 2 Monate

Gewünschte pflegerische Tätigkeiten:

- Hilfe bei der täglichen Körperpflege
- Baden, Duschen, Haare waschen
- Hilfe beim Aus- und Anziehen
- Inkontinenzmaterial wechseln
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
- Hilfe beim Toilettengang
- Spaziergehen
- Begleitung außer Haus (z.B. Behördengänge, Arztbesuche u.a.)
- Freizeitgestaltung

Ist eine nächtliche Überwachung der zu pflegenden Person erforderlich?

- nein    manchmal    oft    regelmäßig

Bei „oft“ und „regelmäßig“ bitte die notwendigen , pflegerischen Tätigkeiten im nächtlichen Einsatz angeben:

---



## 6. Angaben zur Betreuungstätigkeit

Gewünschte hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

- Reinigen/ Putzen Fläche in m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_
- Einkaufen
- Kochen
- Wäsche waschen
- Bügeln
- Leichte Gartenarbeit
- Haustiere versorgen Welche Tiere? \_\_\_\_\_

Sonstige Aufgaben \_\_\_\_\_

Mögliche Freizeitregelung der Betreuungskraft:

- 2-3 Stunden täglich (obligatorisch)
  - ein Tag/ zwei halbe Tage in der Woche
  - ein Wochenende im Monat
  - andere Möglichkeiten
-





## 7. Personalanforderung

Geschlecht:

- weiblich       männlich       egal

Alter:

- 30-40       40-50       50-60

Nichtraucher:

- wichtig       unwichtig       draußen kann geraucht werden

Deutschkenntnisse:

- Anfänger       Mittleres Niveau       hohes Niveau

Pflegeerfahrung:

- wichtig       unwichtig

Führerschein:

- wichtig       unwichtig

Kochkenntnisse:

- wichtig       unwichtig

Sonstige Anforderungen:

---

---

---



## 8. Umgang mit Ihren Daten / Datenschutzerklärung

Die Agentur versichert, die ihr von den Kunden zur Verfügung gestellten persönlichen Daten (Kontaktformular, Fragebogen etc.) vertraulich zu behandeln und nur in Tätigkeitsbereich der Agentur zu verwenden. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergeleitet; sie werden aber an unmittelbar beteiligte Partnerunternehmen weitergegeben, wenn es für die Anbahnung oder Erbringung der Dienstleistung erforderlich ist. Alle notwendigen technischen und organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen werden getroffen um Ihre Daten vor Verlust oder Missbrauch zu schützen.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich auf Grundlage Ihrer Einwilligung. Sie können diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

Diese Daten werden bei der Agentur gespeichert bis Sie eine Löschung auffordern, Ihre Einwilligung zur Speicherung widerrufen oder der Zweck für die Datenspeicherung entfällt. Zwingende gesetzliche Bestimmungen- insbesondere Aufbewahrungsfristen-bleiben unberührt.

Sie haben das Recht Auskunft über Herkunft, Empfänger und Zweck Ihrer Gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten. Sie haben außerdem ein Recht, die Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten zu verlangen.

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiert

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ihr Ansprechpartner: Jolanta Michalek

Parkwinkel 8, 24229 Schwedeneck

Tel/Fax 04308-183810/ 04308-183811

[info@seniovit.de](mailto:info@seniovit.de)