

Das Ausfüllen des Fragebogens ist für uns hilfreich, um für Sie ein detailliertes Angebot zu erstellen. Es ist für Sie völlig unverbindlich und verpflichtet Sie weder zu einem Auftrag oder Vertragsabschluss noch zu einer Zahlung. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und wahrheitsgemäß aus und senden diesen dann per Mail, Post oder Fax an unsere Agentur. Bei eventuell noch offenen Fragen stehen wir selbstverständlich gern zur Verfügung.

Personendaten

Datum:

Ansprechpartner		<input type="checkbox"/> Vertragspartner	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr			
Nachname		Vorname	
Straße			
PLZ / Ort			
Telefon		Mobil	
E-Mail			
Zu betreuende Person		<input type="checkbox"/> Vertragspartner	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr			
Nachname		Vorname	
Geburtstag		Größe cm Gewicht kg	
Straße			
PLZ / Ort			
Telefon		Mobil	
E-Mail			

Verhältnis zum Ansprechpartner

Mutter Vater Ehepartner oder:

Ab wann soll die Betreuung beginnen:

Angebotsversand per: Mail Post

1. Angaben zum Gesundheitszustand der zu betreuenden Person

Pflegegrad

- ist beantragt am: _____
- Überprüfung / Neueinstufung beantragt am: _____
- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2 (ehemals Pflegestufe 0 mit Demenz / Pflegestufe 1 ohne Demenz)
- Pflegegrad 3 (ehemals Pflegestufe 1 mit Demenz / Pflegestufe 2 ohne Demenz)
- Pflegegrad 4 (ehemals Pflegestufe 2 mit Demenz / Pflegegrad 3 ohne Demenz)
- Pflegegrad 5 (ehemals Pflegestufe 3 mit Demenz / Härtefall)

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst?

ja nein

Welcher:

Wie oft ist der Pflegedienst vor Ort?

1 x täglich 2 x täglich 3 x täglich

4 x täglich

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

- Grundpflege Medikamentenstellung Medikamentengabe
 medizinische Pflege Wundversorgung

Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden?

ja nein

Für:

Diagnosen / Krankheitsbild / nennenswerte Einschränkungen

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> _____ |

Mobilität

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe / Unterstützung | <input type="checkbox"/> bettlägerig |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Gehhilfen |

Geistiger Zustand

- | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> dem Alter entsprechend | <input type="checkbox"/> teilnahmslos |
| <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> depressiv | <input type="checkbox"/> aggressiv |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> _____ |

--

--

An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
--

--

Körperpflege <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
--

--

--

Toilettengang <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> Teilinkontinenz <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Vorlagen <input type="checkbox"/> Windeln <input type="checkbox"/> Dauerkatheder
--

--

--

Essen / Trinken <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> derzeit Versorgung durch einen Menübringdienst <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> soll beibehalten werden
--

<input type="checkbox"/> Diät – Welche?

--

--

Unverträglichkeiten – Welche?

Kommunikationseinschränkungen

Sprache Sehkraft Hörvermögen

Wortfindungsschwierigkeiten

Transfer z.B. Bett / Rollstuhl

selbständig mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

nur noch bettlägerig

Vorhandene Hilfsmittel

Pflegebett Toilettenstuhl Lifter

Treppenlifter Wannenzlifter Dekubitus Matratze

Rollstuhl Rollator Gehilfen

Brille Hörgerät _____

Notwendige Nachteilsätze 1-2-mal 3-4-mal

- keine
 mehr als 4-mal Tag-/Nacht Rhythmus gestört muss sich zeigen

2. Angaben zur Tätigkeit

Personenbezogene Tätigkeiten

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden bzw. Hilfe dabei | <input type="checkbox"/> Essen / Trinken überwachen bzw. geben |
| <input type="checkbox"/> Hilfestellung beim Stehen / Gehen | <input type="checkbox"/> nächtliche Betreuung |
| <input type="checkbox"/> Waschen, Duschen, Baden | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung / gemeinsame Ausflüge |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Toilettengang | <input type="checkbox"/> gemeinsame Spaziergänge |
| <input type="checkbox"/> Windeln / Vorlagen wechseln | <input type="checkbox"/> Begleitung zum Arzt / Therapeuten |

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wäsche waschen und bügeln | <input type="checkbox"/> Einkaufen gehen |
| <input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung | <input type="checkbox"/> Kochen |
| <input type="checkbox"/> Haustierversorgung | <input type="checkbox"/> Blumenpflege im Haus |

3. Angaben zum Haushalt

- Art des Haushaltes: Haus Wohnung
 Lage: in einer Stadt in einem Dorf

Haushaltsfläche ca. qm Haustiere:

Personen im Haushalt:

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß:

- ca. 5 Min. ca. 10 Min. ca. 15 Min. länger als 15 Min

4. Unterbringung der Betreuungskraft

Es steht zur Verfügung:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Zimmer (abschließbar) | <input type="checkbox"/> Bett, Tisch, Schrank, Stuhl |
| <input type="checkbox"/> 2 Zimmer oder mehr (abschließbar) | <input type="checkbox"/> Badezimmer Mitbenutzung |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Badezimmer separat |
| <input type="checkbox"/> TV / Radio | |

5. Personalanforderungen

- | | | | | |
|------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> egal | |
| Alter | <input type="checkbox"/> 30-40 Jahre | <input type="checkbox"/> 40-50 Jahre | <input type="checkbox"/> 50-60 Jahre | |
| Pflegeerfahrung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> egal | |
| Kochkenntnisse | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> egal | |
| Krankenschwester | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> egal | |
| Nichtraucher | <input type="checkbox"/> Ja (zwingend) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> egal | <input type="checkbox"/> draußen erlaubt |
| Führerschein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> egal | |

Deutschkenntnisse

- sehr gut / fließend** (Unterhaltung auf gutem Niveau möglich)
- gut** (einfache Unterhaltung ist möglich)
- mittel / erweiterte Grundkenntnisse** (verstehen gut, sprechen nur einfache Sätze)
- Grundkenntnisse** (verstehen mit Schwierigkeiten, sprechen sehr wenig)

Weitere Details / Wünsche an die Qualifikation und Eigenschaften der Betreuungsmitarbeiterin (z.B. kräftige Person, tierlieb, Alter, Hobbys etc.)

Die Peckmann Pflegevermittlung versichert, dass die von Ihnen getätigten Angaben vertraulich behandelt werden und die von Ihnen in diesem Fragebogen übermittelten personenbezogenen Daten nur zum Zweck der Angebotserstellung verwendet werden. Im Falle eines Vertragsabschlusses ist der Fragebogen ein integraler Bestandteil dessen. Die Daten werden auf keinen Fall zu Werbezwecken verwendet. Wir verweisen auf unsere anhängenden Datenverarbeitungs-Hinweise.

Wir bitten Sie, den Fragebogen zu unterschreiben. Sie unterschreiben nur für die Richtigkeit der Angaben und nicht für einen Auftrag. Die Unterschrift unter diesem Fragebogen führt zu keinem Auftrag und auch zu keiner Zahlung. Das Angebot, das aus den von Ihnen in diesem Fragebogen getätigten Angaben erstellt wird, ist für Sie unverbindlich.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Peckmann Pflegevermittlung

...für zu Hause

Petkuserweg 3a
 33378 Rheda Wiedenbrück
 Deutschland

Joanna Peckmann

Telefon Büro: 05242 4 33 99
 Mobil: 0160/635 43 25
 E-Mail: mail@jp-pflegevermittlung.de
 Steuernummer: 13/133/02152
 USt-IdNr.: DE333750183

Bankverbindung

Bank:
 Volksbank BraWo Wenden
 IBAN: DE48 2699 1066 8940 3980 02
 BIC/Swift: GENODEFWOB