

Mit Herz. Mit Hand. Miteinander.



## UNSERE FRAGEN – IHRE ANTWORTEN

„Eins-zu-eins-Betreuung“ mit „24-Stunden-Zuhause-Pflege“

Liebe ist ein Geschenk – und wir haben soviel davon zu geben an unsere Senioren. Dafür müssen wir natürlich möglichst genau wissen, welche Betreuung gewünscht wird und wie sich die aktuelle Situation darstellt, wann und wie unter welchen Voraussetzungen unsere Hilfe benötigt wird. Dieser Fragebogen soll dazu dienen, allen Beteiligten wichtige Informationen zu geben. So lässt sich ein erstes Kostenangebot erstellen und die Suche nach dem perfekten Service-Engel beginnen.

Bitte ausfüllen, unterschreiben und direkt per E-Mail oder ausgedruckt per Post oder Fax an uns zurück senden!

### Kontaktdaten

### Zu betreuende Person

Vorname/Nachname

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail

Geburtsdatum

Alter

Größe

Gewicht

Pflegegrad

1  2  3  4  5

### Kontaktdaten

### Kontaktperson

Vorname/Nachname

Verwandtschaftsgrad

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail

Ihr Wunschtermin

schnellstmöglich

Datum:

Mit Herz. Mit Hand. Miteinander.



### Anforderung an unseren Service-Engel

- Geschlecht:  Weiblich  Männlich  Egal  
Alter:  25–40  40–60  Egal  
Nichtraucher:  Ja, unbedingt!  
Raucher:  Darf draußen rauchen  
Führerschein:  Ja  Gerne, nicht unbedingt  Egal  
Auto vor Ort:  Ja  Nein Automatik:  Ja  Nein

Haben Sie schon eine „24-Std.-Betreuung“ beschäftigt?  Ja  Nein

### Was sind die Gründe für eine situationsgerechte Pflege?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allg. Altersschwäche   | <input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer            | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung     |
| <input type="checkbox"/> Sturzgefahr  | <input type="checkbox"/> Insulinpflichtiger Diabetes | <input type="checkbox"/> Lähmung/Ausfälle   |
| <input type="checkbox"/> Parkinson  | <input type="checkbox"/> Stoma                       | <input type="checkbox"/> Schlaganfall       |
| <input type="checkbox"/> MS-Patient   | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz             | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung    |
| <input type="checkbox"/> Kau-/Schluckstörung  | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz            | <input type="checkbox"/> COPD               |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörig  | <input type="checkbox"/> Depression                  | <input type="checkbox"/> Asthma             |
| <input type="checkbox"/> Sehbehindert   | <input type="checkbox"/> Angstzustände               | <input type="checkbox"/> ALS                |
| <input type="checkbox"/> Amputation   | <input type="checkbox"/> Schlafstörung               | <input type="checkbox"/> Osteoporose        |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden   | <input type="checkbox"/> Einsamkeit                  | <input type="checkbox"/> Arthritis / Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Geschwächt nach Krankenhausaufenthalt  |  | <input type="checkbox"/> Allergie           |
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheiten<br>(Wenn ja, welche? Zum Beispiel: HIV, Hepatitis, etc.) |  |   |

---

### Was ist der Hauptgrund der Betreuungsbedürftigkeit?

---

Mit Herz. Mit Hand. Miteinander.

**Wie stufen Sie die Mobilität ein?**

- Selbstständig     Mit Hilfe     Rollator     Rollstuhl     Bettlägrig

**Benötigt die oder der zu Betreuende Unterstützung beim Umsetzen?**

- Hilft mit     Ist komplett hilfsbedürftig     2 Personen erforderlich

**Welche Pflegehilfsmittel werden benötigt?**

- Pflegebett     Badewannensitz     Hörgerät     Dauerkatheter  
 Patientenlift     Rollstuhl     Stoma     Nachtstuhl  
 Treppenlift     Rollator     PEG-Sonde     Schutzhose/Vorlagen

andere Hilfsmittel:

**Wie ist der geistige Allgemeinzustand?**

- Freundlich     Ruhig     Stur     Weglauf-Tendenz     Aggressiv

**Ist der Tag-Nacht-Rhythmus gestört?**

- Nein     Noch nicht bekannt     Ja, wie oft?

Was muss nachts gemacht werden?

**Wie ist die Orientierung?**

	Zur Person	Örtlich	Zeitlich
Vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitweise gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überwiegend gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit Herz. Mit Hand. Miteinander.

**Erforderliche Hilfeleistungen:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Körperhygiene (Baden/Duschen) | <input type="checkbox"/> Windeln wechseln                       |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Ankleiden          | <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Nahrungsaufnahme         |
| <input type="checkbox"/> Trocken-/Nass-Rasieren        | <input type="checkbox"/> Flüssigkeitsaufnahme kontrollieren     |
| <input type="checkbox"/> Im Bett waschen               | <input type="checkbox"/> Erinnerung an die Medikamenteneinnahme |
| <input type="checkbox"/> Intimpflege                   | <input type="checkbox"/> Spaziergehen                           |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Toilettengang      | <input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung                  |

Diät beachten? Falls ja, welche?

Sonstiges:

Kochen für:  Personen (inkl. Service-Engel)

- Haustiere:**     Nein     Ja, welche?
- Einkäufe:** Sollen erledigt werden durch Service-Engel     Ja     Nein
- Zu Fuß     Fahrrad     PKW

**Ist ein Pflegedienst bereits im Einsatz?**

Ja     Nein

Name Ihres Pflegedienstes

Aufgaben des Pflegedienstes?

**Leben weitere Personen im Haushalt?**

Ja     Nein

Über die zweite Person kann ein separater Fragebogen ausgefüllt werden.

Vorname/Nachname:

Alter:

Verwandtschaftsgrad:

Pflegegrad:     1     2     3     4     5

Mit Herz. Mit Hand. Miteinander.

### Welche Interessen hat die oder der zu Betreuende?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kochen/Backen | <input type="checkbox"/> Fernsehen           | <input type="checkbox"/> Spaziergehen    |
| <input type="checkbox"/> Handarbeiten  | <input type="checkbox"/> Musik               | <input type="checkbox"/> Natur/Tiere     |
| <input type="checkbox"/> Telefonieren  | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele | <input type="checkbox"/> Lesen/Literatur |

Sonstiges:

### Möchten Sie auch durch Gartenarbeit und beim Fensterputzen unterstützt werden? Dann organisieren wir gerne für Sie einen Gärtner und/oder einen Fensterputzer.

- Gartenpflege/Gärtner/Angehörige  Ja  Nein
- Fensterputzer  Ja  Nein

### Welche Deutschkenntnisse soll unser Service-Engel haben?

Die Deutschkenntnisse beeinflussen die Kosten – je nach gewünschten Sprachkenntnissen können die Kosten variieren:

- Einfaches/geringes Deutsch  
(Es werden einfache Anweisungen verstanden und mit einzelnen Wörtern gesprochen)
- Mittleres/kommunikatives Deutsch  
(Die meisten Anweisungen werden verstanden und mit einfachen Sätzen gesprochen)
- Gutes Deutsch (Es wird in vollen Sätzen gesprochen)

### Wo und wie wohnt die zu betreuende Person?

- In einer Stadt
- Auf dem Land, nächste Stadt: \_\_\_\_\_, ca. \_\_\_\_\_ km entfernt
- In einem Haus  In einer Wohnung ca. \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Bei Angehörigen vor Ort:  Ja  Nein

Angehörige wohnen ca. \_\_\_\_\_ km entfernt

Mit Herz. Mit Hand. Miteinander.



### Wie sieht die Zimmerausstattung für den Service-Engel von Senioren Anker aus?

- Zimmer der Betreuerin: ca. \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>
- Abschließbares, beheizbares Zimmer       Internetzugang
- Funktionierende Beleuchtung       Zugang zu einem Gemeinschaftsbad
- Ein vernünftiges Bett       Eigenes Bad
- Saubere Bettwäsche       Fernseher

### Inwieweit ist eine Freizeitgestaltung für unsere Pflegekraft möglich?

- Z. B.:  durch Tagespflege       Stundenweise Betreuung
- Betreuende/r kann in der Mittagsruhe auch alleine bleiben.  
Denn: 2 bis 3 Std. täglich aufsichtsfreie Zeit sind Voraussetzung!

### Beschreiben Sie bitte den Tagesablauf der zu betreuenden Person:

Morgens: Aufstehen: \_\_\_\_\_ Uhr. Frühstück: \_\_\_\_\_ Uhr.

Vorlieben: \_\_\_\_\_

Mittags: Essenszeit: \_\_\_\_\_ Uhr. Vorlieben: \_\_\_\_\_

Nachmittags: Kaffeezeit: \_\_\_\_\_ Uhr. Vorlieben: \_\_\_\_\_

Abends: Abendbrotzeit: \_\_\_\_\_ Uhr. Vorlieben: \_\_\_\_\_

Schlafenszeit:  Geht selbstständig zu Bett: \_\_\_\_\_ Uhr

Benötigt zur Nacht Hilfe: \_\_\_\_\_ Uhr

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Fragebogen verstanden sowie gewissenhaft und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe. Die „Hinweise zum Datenschutz“ habe ich vollständig gelesen.

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

Mit Herz. Mit Hand. Miteinander.



Verraten Sie uns noch, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind?

Internet     Prospekt     Bekannte

Andere: \_\_\_\_\_

### Hinweise zum Datenschutz

In diesem Fragebogen werden personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, erfasst. Wir benötigen diese Daten zum Zwecke der Anbahnung der von Ihnen gewünschten Dienstleistung der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft und der daraus resultierenden Personenbetreuung.

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese gewissenhaft gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden, geben sie nur anonym an unmittelbar beteiligte Partnerunternehmen weiter und schützen sie durch angemessene technische und organisatorische Maßnahmen.

Mit Ihrer Unterschrift bzw. der Übermittlung des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie alle Angaben wahrheitsgemäß eingetragen haben und die Einwilligung der weiteren Personen besitzen, deren personenbezogenen Daten Sie neben Ihren eigenen angegeben haben.

Ausführliche Informationen zum Datenschutz bei Senioren Anker finden Sie unter:  
[www.senioren-anker.de/datenschutzerklaerung/](http://www.senioren-anker.de/datenschutzerklaerung/)

Die verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung dieses Fragebogens ist:

Senioren Anker  
Beata Wandzioch  
Stresemannstraße 46  
27570 Bremerhaven  
Telefon: 0471 981 897 79  
E-Mail: [info@senioren-anker.de](mailto:info@senioren-anker.de)