

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?

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Allg. Altersschwäche | ☐ Demenz/Alzheimer | ☐ Herzerkrankung |
| ☐ Sturzgefahr | ☐ Insulinpflichtiger Diabetes | ☐ Lähmung/Ausfälle |
| ☐ Parkinson | ☐ Stoma | ☐ Schlaganfall |
| ☐ MS-Patient | ☐ Harninkontinenz | ☐ Tumorerkrankung |
| ☐ Kau-/Schluckstörung | ☐ Stuhlinkontinenz | ☐ COPD |
| ☐ Schwerhörig | ☐ Depression | ☐ Asthma |
| ☐ Sehbehindert | ☐ Angstzustände | ☐ ALS |
| ☐ Amputation | ☐ Schlafstörung | ☐ Osteoporose |
| ☐ Dekubitus/Wunden | ☐ Einsamkeit | ☐ Arthritis / Rheuma |
| ☐ Geschwächt nach Krankenhausaufenthalt | | ☐ Allergie |
| ☐ Ansteckende Krankheiten
(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 ☐ Nachstuhl
☐ 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	☐	☐	☐
Zeitweise gestört	☐	☐	☐
Überwiegend gestört	☐	☐	☐

Mit Herz. Mit Hand. Miteinander.

Erforderliche Hilfeleistungen:

- | | |
|--|---|
| ☐ Körperhygiene (Baden/Duschen) | ☐ Windeln wechseln |
| ☐ Hilfe beim Ankleiden | ☐ Hilfe bei der Nahrungsaufnahme |
| ☐ Trocken-/Nass-Rasieren | ☐ Flüssigkeitsaufnahme kontrollieren |
| ☐ Im Bett waschen | ☐ Erinnerung an die Medikamenteneinnahme |
| ☐ Intimpflege | ☐ Spaziergehen |
| ☐ Hilfe beim Toilettengang | ☐ 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?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Kochen/Backen | ☐ Fernsehen | ☐ Spaziergehen |
| ☐ Handarbeiten | ☐ Musik | ☐ Natur/Tiere |
| ☐ Telefonieren | ☐ Gesellschaftsspiele | ☐ 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. _____ m²

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. <input type="text"/> m ² | |
| ☐ 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 wahrheitsgemäß ausgefüllt habe. Die Hinweise zum Datenschutz auf Seite 7 habe ich gelesen und verstanden.

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 besonderer Kategorien personenbezogener Daten (Gesundheitsdaten), erhoben.

Wir benötigen diese Angaben zur Anbahnung, Vermittlung, Organisation und Durchführung der von Ihnen gewünschten Betreuung in häuslicher Gemeinschaft sowie zur Auswahl geeigneter Betreuungspersonen.

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese sorgfältig und ausschließlich zweckgebunden gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Soweit dies für die Vermittlung und Durchführung der gewünschten Betreuungsleistung erforderlich ist, können Ihre personenbezogenen Daten an unmittelbar beteiligte Kooperationspartner und Partnerunternehmen innerhalb der Europäischen Union weitergegeben werden. Dabei werden nur diejenigen Daten übermittelt, die für die Auswahl, Organisation und Durchführung einer geeigneten Betreuung notwendig sind.

Mit Ihrer Unterschrift bzw. der Übermittlung dieses Fragebogens bestätigen Sie, dass Ihre Angaben nach bestem Wissen richtig und vollständig sind. Sofern Sie personenbezogene Daten weiterer Personen angeben, bestätigen Sie außerdem, dass Sie hierzu berechtigt sind.

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen.

Ausführliche Informationen zum Datenschutz bei Senioren Anker finden Sie unter:
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