

1. Allgemeine Angaben

Angaben zur Kontaktperson

Name:

Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon (Festnetz):

Telefon (Mobile):

E-Mail Adresse:

Verwandtschaftsgrad zwischen Kontaktperson und Hilfebedürftigen:

Angaben zum Hilfebedürftigen (Leistungsempfänger)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon (Festnetz):

Telefon (Mobile):

Größe: cm Gewicht: kg

Beginn des Einsatzes der Seniorbetreuerin:

Einsatz ist geplant:

dauerhaft (bei gutem Verlauf)

zeitlich befristet:

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:

1

Per Fax:
040 - 870 970 87

Per Post
Pflegevermittlung Weishaupt
Christina Weishaupt
Sievekingsallee 150 b, D-22111 Hamburg

Per E-Mail:
info@pflegevermittlung-weishaupt.de

Wohnt der Hilfebedürftige alleine? Ja Nein

Falls nein, wie viele Personen leben im Haushalt:

Status der Beeinträchtigungen:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer Demenz |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Tumor / Krebs |
| <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |

Bestehender Pflegegrad:

- keine 1 2 3 4 5

Wurde eine Höherstufung beantragt?

- keine 1 2 3 4 5

Pflegedienst:

Wird die zu betreuende Person derzeit durch einen Pflegedienst versorgt?

- ja nein

Wie oft wird der Pflegedienst täglich in Anspruch genommen?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden?

- ja ja, aber in geringerem Umfang:
- nein

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:

2

Per Fax:
040 - 870 970 87

Per Post
Pflegevermittlung Weishaupt
Christina Weishaupt
Sievekingsallee 150 b, D-22111 Hamburg

Per E-Mail:
info@pflegevermittlung-weishaupt.de

Probleme in der Kommunikation:

- Sprache: keine mäßige massive Probleme
 Hörvermögen: keine mäßige massive Probleme
 Sehkraft: keine mäßige massive Probleme

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

- Brille: vorhanden nicht vorhanden
 Hörgerät: vorhanden nicht vorhanden

Wie ist die Orientierung?

- Zeitlich: ja zeitweise gar nicht
 Örtlich: ja zeitweise gar nicht
 Persönlich: ja zeitweise gar nicht

Wie ist die Mobilität?

- Mobile Person / Geht im Wohnbereich ohne Unterstützung der Seniorenbetreuerin
 Braucht die Unterstützung der Seniorenbetreuerin:
 a) beim Aufstehen b) beim Gehen c) beim Treppensteigen
 Geht am Rollator Sitzt überwiegend im Rollstuhl
 Treppensteigen ist nicht mehr möglich
 Bettlägerige Person

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

- Rollstuhl Rollator Gehstock
 Patientenlifter Pflegebett Toilettenstuhl
 Toilettensitzerhöhung Dekubitusmatratze Treppenlift

Transfer vom Bett in den Rollstuhl:

- Kein Transfer/mobile Person Kann beim Transfer mithelfen
 Hilfe beim Transfer durch: a) Rutschbrett b) sonstige Person:

An- und Auskleiden:

- selbstständig braucht Hilfe komplett hilfebedürftig

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:

3

Per Fax:

040 - 870 970 87

Per Post

Pflegevermittlung Weishaupt
 Christina Weishaupt
 Sievekingsallee 150 b, D-22111 Hamburg

Per E-Mail:

info@pflegevermittlung-weishaupt.de

Hilfebedarf bei der Körperpflege:

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterstützung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen /waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gang auf die Toilette:

- selbstständig braucht Hilfe / Begleitung nicht möglich

Urinkontrolle:

- kontinent teilweise inkontinent (z. B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

- Windeln Katheter Vorlagen Urinpfanne
 suprapubischer Katheter

Stuhlkontrolle:

- kontinent teilweise inkontinent (z. B. nachts) inkontinent

Steht der Patient nachts auf?

- nein 1 mal 2-3 mal mehr als 3 mal

Grund für das Aufstehen?

- Aufsuchen der Toilette Schlaf-/ Wachrhythmus gestört
 Nächtliche Unruhe

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:

4

Per Fax:
040 - 870 970 87

Per Post
Pflegevermittlung Weishaupt
Christina Weishaupt
Sievekingsallee 150 b, D-22111 Hamburg

Per E-Mail:
info@pflegevermittlung-weishaupt.de

Nachteinsätze der Seniorenbetreuerin:

- Keine Nacheinsätze erforderlich / lediglich eine Rufbereitschaft im Notfall
- Regelmäßig anfallende nächtliche Einsätze und zwar:
 - 1 mal pro Nacht
 - 2-3 mal pro Nacht
 - mehr als 3 mal pro Nacht

Nahrungsaufnahme/ Essen und Trinken:

- selbstständig
- Essen muss in portionsgerechten Stücken serviert werden
- Anreicherung der Mahlzeiten notwendig

Kau- und Schluckstörungen:

- keine Störung
- vorhandene Störung, und zwar:

Diät /Nahrungsmittelunverträglichkeit:

- keine Diät, normale Kost
- Diät / Nahrungsmittelunverträglichkeit, und zwar

Aktuelle Therapien:

- keine
- Krankengymnastik
- Logopädie

Sonstige:

Wie ist der Patient vom Wesen und Charakter (kurze Beschreibung):

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:

2. Angaben zum gewünschten Personal

Geschlecht:

- Frau Mann keine Präferenz

Alter (in Jahren)

- 20-30 30-40 älter als 40 keine Präferenz

Sprachkenntnisse:

- mit **Grundkenntnissen** der deutschen Sprache
(Grundkenntnisse, einfache Anweisungen auf deutsch sollten verstanden werden)
- mit **mittleren Kenntnissen** der deutschen Sprache
(einfache Unterhaltungen in deutscher Sprache möglich)
- mit **guten Kenntnissen** der deutschen Sprache
(gute Unterhaltungen in deutscher Sprache sind möglich)

Führerschein und Fahrpraxis:

- Ja, Fahrpraxis ist zwingend erforderlich Fahrpraxis ist wünschenswert
- Fahrpraxis ist nicht notwendig

Raucher/in

- Rauchen ist außerhalb des Wohnbereiches / Hauses akzeptabel
- Rauchen ist auch außerhalb des Wohnbereiches **nicht** akzeptabel (Nichtraucher/in)
- Wir rauchen selbst im Wohnbereich Zigaretten (Raucherhaushalt)

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an die Pflegekraft / Betreuerin (Charakter, Eigenschaften, persönliche Belastbarkeit)?

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:

6

Per Fax:

040 - 870 970 87

Per Post

Pflegevermittlung Weishaupt
Christina Weishaupt
Sievekingsallee 150 b, D-22111 Hamburg

Per E-Mail:

info@pflegevermittlung-weishaupt.de

3. Rahmenbedingungen

Wohnsituation:

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Größe der Wohnung/ des Hauses:

qm

Wohnbereich der Seniorenbetreuerin:

- Eigenes möbliertes Zimmer (abschließbar) ist vorhanden

Anmerkung:

Das Zimmer sollte mit einem Bett, Tisch, Schrank und nach Möglichkeit mit einem TV versehen sein.

Optional:

- Eigene Etage für die Seniorenbetreuerin
 Eigenes Badezimmer für die Seniorenbetreuerin
 Eigene Küche für die Seniorenbetreuerin

Kontaktgewährung der Seniorenbetreuerin nach Polen wird ermöglicht durch:

- Internet / WLAN
 Telefonflatrate in das polnische Festnetz Internet Stick

Lage

- Großstadt mittlere Stadt Kleinstadt Dorf

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß:

- ca. 10 Min. ca. 20 Min. ca. 40 Min. ca. 1 Stunde länger als 1 Stunde

Sonstige Informationen:

Haustiere:

- keine Ja, und zwar das folgende Haustier:

- Das Haustier soll mit versorgt werden von der Seniorenbetreuerin

Einkäufe / Kochen / Essensvorbereitung

- immer nach Bedarf nein

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:

7

Per Fax:

040 - 870 970 87

Per Post

Pflegevermittlung Weishaupt
Christina Weishaupt
Sievekingsallee 150 b, D-22111 Hamburg

Per E-Mail:

info@pflegevermittlung-weishaupt.de

Waschen / Bügeln

immer nach Bedarf nein

Begleitung bei Arztbesuchen

immer nach Bedarf nein

Gibt es eine Haushaltshilfe:

nein ja

Wenn ja, wie oft kommt Sie zum Einsatz:

Geht die zu betreuende Person in eine Tagespflege:

nein ja

Wenn ja, wie oft und an welchen Wochentagen:

Soll für eine weitere im Haushalt lebende Person Leistungen im Bereich der Haushaltsführung erbracht werden? Ja Nein

Soll eine weitere im Haushalt lebende Person betreut oder gepflegt werden?

Ja Nein

Wenn eine weitere Person betreut oder gepflegt werden soll, bitte angeben:

Geschlecht Männlich Weiblich

Geburtsdatum:

Größe: cm Gewicht: kg

Bestehender Pflegegrad:

keine 1 2 3 4 5

Welche weiteren Informationen sind Ihnen wichtig?

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:

8

Per Fax:
040 - 870 970 87

Per Post
Pflegevermittlung Weishaupt
Christina Weishaupt
Sievekingsallee 150 b, D-22111 Hamburg

Per E-Mail:
info@pflegevermittlung-weishaupt.de