



Anfrageformular

Ab wann soll die Betreuung stattfinden?	
Wie lange soll die Betreuerin bleiben? 6 Wochen <input type="checkbox"/> 2 Monate <input type="checkbox"/> 3 Monate <input type="checkbox"/>	
Der nächste größere Bahnhof / Busbahnhof ist in:	

I.a Angaben zur ersten hilfebedürftigen Person:

Tagesablaufbeschreibung:

Name	
Vorname	
Telefon	
Straße	
PLZ / Ort	
Geburtsdatum	
Gewicht in kg, Größe in cm	
Raucher/in Nichtraucher/in	
Pflegegrad	keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/>
Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Falls, ja bitte die ausgeführten Leistungen beschreiben	
Soll der Pflegedienst weiterhin kommen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Angaben zum Haushalt	Wohnung <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> qm <input type="text"/> mit Garten <input type="checkbox"/>
	Hauttiere <input type="checkbox"/> falls ja, welche



I.b Angaben zur zweiten hilfebedürftigen Person:

Tagesablaufbeschreibung:

Wie Person 1 <input type="checkbox"/>	
Ablauf ist anders:	
Name	
Vorname	
Straße	
PLZ / Ort	
Geburtsdatum	
Gewicht in kg, Größe in cm	
Raucher/in Nichtraucher/in	
Pflegegrad	keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/>
Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Falls, ja bitte die ausgeführten Leistungen beschreiben	
Soll der Pflegedienst weiterhin kommen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Angaben zum Haushalt	Wohnung <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> qm <input type="text"/> mit Garten <input type="checkbox"/>
	Hautiere <input type="checkbox"/> falls ja, welche

Wie viele Personen leben in diesem Haushalt?

Allein Mann Frau Kinder

Gesundheitsmerkmale bezügl. Person 1:

Allergien <input type="checkbox"/>	Depression <input type="checkbox"/>	MS-Patient <input type="checkbox"/>
Altersschwäche <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Osteoporose <input type="checkbox"/>
Alzheimer <input type="checkbox"/>	Druckgeschwür <input type="checkbox"/>	Parkinson <input type="checkbox"/>
Asthma <input type="checkbox"/>	Herzerkrankung <input type="checkbox"/>	Rheuma <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck <input type="checkbox"/>	Inkontinenz <input type="checkbox"/>	Schlaganfall <input type="checkbox"/>
Dauerkatheter <input type="checkbox"/>	Künstlicher Darmausgang <input type="checkbox"/>	Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/>
Demenz <input type="checkbox"/>	Lähmung <input type="checkbox"/>	Krebs / Tumor <input type="checkbox"/>

Sonstige Krankheiten, bitte beschreiben:

Mobilität	selbstständig <input type="checkbox"/>	kann mit Unterstützung stehen <input type="checkbox"/>
	mit Rollator <input type="checkbox"/>	im Rollstuhl <input type="checkbox"/>
	kann ohne Hilfe stehen <input type="checkbox"/>	bettlägerig <input type="checkbox"/>
körperlicher Zustand	gut <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>
geistiger Zustand	klar <input type="checkbox"/>	verwirrt <input type="checkbox"/>

Urin Kontrolle: Kontinent Inkontinent Windeln Katheter Urinflasche

Stuhl Kontrolle: Kontinent Inkontinent

Braucht die betreuungsbedürftige Person Hilfestellung in der Nacht?

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Falls ja, wie oft? Bitte beschreiben <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	



Gesundheitsmerkmale bezügl. Person 2:

Allergien	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	MS-Patient	<input type="checkbox"/>
Altersschwäche	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Druckgeschwür	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	Künstlicher Darmausgang	<input type="checkbox"/>	Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>
Demenz	<input type="checkbox"/>	Lähmung	<input type="checkbox"/>	Krebs / Tumor	<input type="checkbox"/>

Sonstige Krankheiten, bitte beschreiben:

Mobilität	selbstständig	<input type="checkbox"/>	kann mit Unterstützung stehen	<input type="checkbox"/>
	mit Rollator	<input type="checkbox"/>	im Rollstuhl	<input type="checkbox"/>
	kann ohne Hilfe stehen	<input type="checkbox"/>	bettlägerig	<input type="checkbox"/>
körperlicher Zustand	gut	<input type="checkbox"/>	schlecht	<input type="checkbox"/>
geistiger Zustand	klar	<input type="checkbox"/>	verwirrt	<input type="checkbox"/>

Urin Kontrolle: Kontinent Inkontinent Windeln Katheter Urinflasche

Stuhl Kontrolle: Kontinent Inkontinent

Braucht die betreuungsbedürftige Person Hilfestellung in der Nacht?

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Falls ja, wie oft? Bitte beschreiben	



II. Hilfsmittel in der Wohnung:

Rollstuhl <input type="checkbox"/>	Rollator <input type="checkbox"/>	Toilettenstuhl <input type="checkbox"/>
Krankenbett <input type="checkbox"/>	Badewannelift <input type="checkbox"/>	Treppenlift <input type="checkbox"/>

Betreuung / Hilfestellung bei:

An- und Auskleiden <input type="checkbox"/>	Körperpflege <input type="checkbox"/>	Essen/Trinken <input type="checkbox"/>
Windeln wechseln <input type="checkbox"/>	Spazieren gehen <input type="checkbox"/>	Baden/Duschen <input type="checkbox"/>
kochen für <input type="checkbox"/> Personen	Einkaufen <input type="checkbox"/>	Wäschepflege <input type="checkbox"/>
Wohnungsreinigung <input type="checkbox"/>	Fenster putzen <input type="checkbox"/>	leichte Gartenarbeit <input type="checkbox"/>

Sonstige Wünsche:

III. Ihre Wünsche bezüglich der Betreuungskraft

Frau <input type="checkbox"/>	Mann <input type="checkbox"/>	egal <input type="checkbox"/>
Alter: von bis	egal <input type="checkbox"/>	
Nichtraucher <input type="checkbox"/>	egal <input type="checkbox"/>	kann draußen rauchen <input type="checkbox"/>
Führerschein erforderlich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Weitere Wünsche:

Wünschen Sie die Betreuung auch über Weihnachten, Neujahr, Ostern? ja nein

- falls ja, wird der doppelte Tagessatz berechnet.

Welche Deutschkenntnisse soll die Pflegehilfe / Betreuungskraft mitbringen?

Deutsch - Grundkenntnisse <input type="checkbox"/>	Mittlere-, bzw. kommunikative Deutschkenntnisse <input type="checkbox"/>
Gute Deutschkenntnisse <input type="checkbox"/>	Sehr gute Deutschkenntnisse <input type="checkbox"/>



IV. Unterkunft der Betreuungskraft:

eigenes Zimmer <input type="checkbox"/>	eigenes Bad <input type="checkbox"/>
Bad-Mitbenutzung <input type="checkbox"/>	eigener Fernseher <input type="checkbox"/>
Internetzugang <input type="checkbox"/>	Erlaubnis für Festnetzanrufe <input type="checkbox"/>

V. Wie wird der Freizeitausgleich geregelt?

2 Stunden pro Tag <input type="checkbox"/>	1 freier Tag in der Woche <input type="checkbox"/>
2 halbe freie Tage pro Woche <input type="checkbox"/>	Wird noch festgelegt <input type="checkbox"/>

Kontaktperson / Ansprechpartner

Name	
Vorname	
E-Mail-Adresse	
Verwandtschaftsgrad / Beziehung zur betreuten Person	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon	
Mobil	
Rechnungsstellung an	
Rechnungssendung an	

Den ausgefüllten Fragebogen bitte an folgende Adresse senden:

Waldemar Bienia, Pflegenonstop, Gneisenastraße 7, 31141 Hildesheim