



Seniorenbetreuung Starsi-Polska

Heinz-Peter und Janina Fuhr

Im Wiesengrund 3, 55629 Seesbach
Tel.: 06754/18 25 - Mobil: 0151/524 630 40

info@starsi-polska.de

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,

Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, pflegebedürftigen Menschen eine qualitativ hochwertige Betreuung und Pflege zu Hause zu ermöglichen, ohne dass sie ihre gewohnte Umgebung aufgeben müssen.

Eine solide und gründliche Personalsuche mit anschließender Personalauswahl sind die Grundlage für eine erfolgreiche und harmonische Pflege und Betreuung.

Unser Betreuungsfragebogen bildet die Basis für die nachfolgenden Personalgespräche zur Vorauswahl einer möglichst am besten geeigneten Betreuungs- und Pflegekraft.

Mit den

- Gesundheits- und Anamnesedaten zum Pflegebedürftigen
- Den Angaben zu den speziellen örtlichen Gegebenheiten
- Den individuellen Kundenwünschen zur Betreuungs- und Pflegekraft

Begeben wir uns in die Personalsuche und Sie erhalten unsere Personalvorschläge.

Wichtig:

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit und beantworten Sie alle Fragen.

Bitte beschönigen Sie nichts. Die Pflege- und Betreuungskräfte kennen die zukünftigen Herausforderungen und Aufgaben und auch die Verhältnisse am Einsatzort nur aus diesem Betreuungsfragebogen.

Nach Erhalt des Bogens melden wir uns mit den nächsten Schritten umgehend bei Ihnen.

Ihr Team der

Seniorenbetreuung Fuhr „Starsi-Polska“

Ihre Ansprechpartner:

Heinz-Peter Fuhr und Janina Fuhr

Tel.: 06754 1825, Mobil: 015152463040

E-Mail: info@starsi-polska.de

Teil 1

KUNDEN (PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSONEN)

Bitte für jede pflegebedürftige Person einen Fragebogen ausfüllen.

Wie viele Personen leben im Haushalt, die betreut werden müssen?* ____

ANGABEN ZU DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSON Nr. ____

Vorname*		Nachname*	
Straße*		Hausnummer*	
PLZ Ort*			
Bundesland*			
Tel*.: / Mobil*			

Geschlecht*		Gewicht [KG]*	
Größe [CM]*		Geburtsdatum*	
Pflegegrad* 0 - 5			

Krankheiten*

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> chronischer Schmerz |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Lähmung |
| <input type="checkbox"/> Dialysepatient | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Schlaganfallpatient | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Herzprobleme |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Patient mit Magensonde | <input type="checkbox"/> chronischer Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> andere |

Hilfsmittel*

- Rollstuhl
- Rollator
- Krücken
- Gehstock
- Pflegebett

- Toilettenstuhl
- Duschhocker
- Lift
- Wechseldruckmatratze

- Handgriffe
- Brille
- Hörgerät
- Andere: _____

Mobilität*

- Mobil
- Gehschwäche
- Der Patient bewegt sich mit einem Rollator.

- Bettlägerig
- Der Patient bewegt sich mit einem Rollstuhl

- Der Patient hilft beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl mit.
- Andere: _____

Muss der Patient gehoben/mobilisiert werden?*

- Nein, der Patient ist mobil

- Ja, ohne einen Lifter
- Ja, mit Hilfe des Patienten

- Ja, aber mit einem Lifter
- Ja, ohne Hilfe des Patienten

Seheinschränkungen*

- keine

- kurzsichtig
- weitsichtig

- blind
- Andere: _____

Höreinschränkungen*

- keine

- leicht
- mittel

- schwer
- taub

Bewusstseinszustand?

- klar ansprechbar
- desorientiert
- verwirrt
- aggressiv

Schlafstörungen

- Hält gerne Mittagsschlaf
- Veränderter Tag-Nacht-Rhythmus

Nachteinsätze für die Betreuerin notwendig?*

- Keine
- 1 Mal pro
- 2 - 3 Mal pro Nacht
- Mehr als 3 Mal pro Nacht

Medikamente zum Schlafen

- Nein
- Ja , folgende: : _____

Ernährung*

- Vollkost
- Diabetes
- Allergie
- Andere: _____

Ausscheidung

- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Urinflasche entleeren |
| | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> Stoma |
| | <input type="checkbox"/> Vorlagen/Windeln | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Benötigte Hilfe bei Körperpflege und anderen Tätigkeiten

Gesicht- und Zahnpflege

- selbständig
- mit Unterstützung
- komplett zu übernehmen
- wird übernommen
- Baden/Duschen

Baden/Duschen

- selbständig
- mit Unterstützung
- komplett zu übernehmen
- wird übernommen

An- und Auskleiden

- selbständig
- mit Unterstützung
- komplett zu übernehmen
- wird übernommen

Intimpflege

- selbständig
- mit Unterstützung
- komplett zu übernehmen
- wird übernommen

Toilettengang

- selbständig
- mit Unterstützung
- komplett zu übernehmen
- wird übernommen

Einlagen/Windeln wechseln

- selbständig
- mit Unterstützung
- komplett zu übernehmen
- wird übernommen

Medikamenteneinnahme

- selbständig
- mit Unterstützung
- komplett zu übernehmen
- wird übernommen

Teil 2

BETREUUNG

Gewünschter Beginn der Betreuung*: _____

Hausnotrufsystem?

- Ja Nein

Besuchen den Patienten/die Patientin andere Hilfskräfte (Pflegedienst, Tagespflege, Physiotherapeuten, Hausarzt)?

- Ja Nein

Hat der Patient/die Patientin spezielle Gewohnheiten und Hobbys?

Gibt es eine besondere Tagesstruktur?:

Bevorzugtes Geschlecht der Betreuungskraft

- egal männlich weiblich

Bevorzugtes Alter der Betreuungskraft

- egal 20-45 45-60 60+

Bevorzugte deutsche Sprachkenntnisse (max. 2)*

- Grundstufe (Grundwortschatz) Gut (erweiterter Wortschatz, Kommunikation am Telefon möglich)
 Mittelstufe (einfacher Wortschatz, im Alltag verständlich) Fließend (umfassender Wortschatz)

Welche Einstellung haben Sie zum Rauchen?*

- Die Pflegekraft darf rauchen, aber nur draußen Ich toleriere es nicht

Ist Führerschein notwendig?*

- Nein Für Schaltgetriebe
 Für jeden Autotyp Für Automatikgetriebe

Wie ist die Wohnsituation?

Wohngebäude*

- Wohnung Einfamilienhaus Altenpflegeheim Hotel
 Mehrfamilienhaus

Wohnort*

- Dorf Kleinstadt Großstadt

Wohnt noch jemand im Haushalt der pflegebedürftigen Person?*

- Ja und zwar _____ Nein

Wohnbedingungen für die Pflegekraft*

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> separater Eingang |
| <input type="checkbox"/> Tisch | <input type="checkbox"/> PC | <input type="checkbox"/> eigenes Zimmer |
| <input type="checkbox"/> Kleiderschrank | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> eigener Wohnbereich |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Fahrrad | <input type="checkbox"/> eigenes Bad |
| | | <input type="checkbox"/> Garten |

Gibt es im Haushalt lebende Haustiere?*

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hund | <input type="checkbox"/> Katze | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
|-------------------------------|--------------------------------|--|

Sollen die Haustiere mitversorgt werden?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Einkäufe

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familie hilft / zusammen mit der Familie | <input type="checkbox"/> Übernimmt die Pflegekraft |
|---|--|

Freizeit für die Pflegekraft*

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 2-3 Stunden täglich | <input type="checkbox"/> Einen Tag pro Woche à keine
Pause während des Tages | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Einen Tag pro Woche | <input type="checkbox"/> 2-3 Stunden täglich + 1 Tag in
der Woche | |
-

Teil 3

Kontaktperson: __

Andrede:	
Vorname* Nachname*	
Straße* Hausnummer*	
PLZ Ort	
Tel* / Mobil*	
E-Mail*	

Beziehung zur pflegebedürftigen Person*

- Sohn Ehepartner
 Tochter andere _____

Sind Sie Bevollmächtigter*

- Ja Nein

Rechnung senden an*

- Kunde Kontaktperson Nr. _____

Rechnung ausstellen auf*

- Kunde Kontaktperson Nr. _____

Anreiseinfo*

- Direkte Anreise (PKW, KB)
 Abholungsmöglichkeit (z.B. vom Bahnhof, vom Flughafen) bis 10km
 Abholungsmöglichkeit (z.B. vom Bahnhof, vom Flughafen) zwischen 10 und 50km
 Abholungsmöglichkeit (z.B. vom Bahnhof, vom Flughafen) mehr als 50km

Zusätzliches Info für die Agentur: