



## Ihr persönlicher Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Bitte in Druckschrift ausfüllen

### 1. Kontaktdaten des Auftraggebers:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_

Telefon Mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Verhältnis zur zu betreuenden Person \_\_\_\_\_

Ggf. weitere Kontaktperson (Name, Tel.) \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur zu betreuenden Person:

Die zu betreuende Person ist  alleinstehend  Ehepaar

weiblich  männlich

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_

Telefon Mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_



### 3. Wohnverhältnisse der zu betreuenden Person:

Die zu betreuende Person wohnt:  in einem Haus  in einer Wohnung

Größe in qm \_\_\_\_\_ Anzahl der Zimmer \_\_\_\_\_ Im Haushalt wohnen \_\_\_\_\_ Personen

Haustiere vorhanden (wenn ja, welche): \_\_\_\_\_

Hobbys/Interessen: \_\_\_\_\_

### 4. Die pflegebedürftige Person:

Die zu betreuende Person hat:

Alter \_\_\_\_\_ Pflegegrad \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Krankheitsmerkmale:

Alzheimer:  ja \_\_\_\_\_  nein

Demenz:  ja \_\_\_\_\_  nein

Multiple Sklerose:  ja \_\_\_\_\_  nein

Geistig behindert:  ja \_\_\_\_\_  nein

Inkontinenz:  ja, Umfang: \_\_\_\_\_  nein

Bettlägerig:  ja \_\_\_\_\_  nein

Gehbehindert:  ja \_\_\_\_\_  nein

Schlaganfall-Patient:  ja \_\_\_\_\_  nein

Herzinfarkt-Patient:  ja \_\_\_\_\_  nein

Parkinson  ja \_\_\_\_\_  nein

Psychische Erkrankung:  ja \_\_\_\_\_  nein

Bluthochdruck:  ja \_\_\_\_\_  nein

Tumor/Krebserkrankung:  ja \_\_\_\_\_  nein

Sonstige Krankheiten/genauere Erläuterungen zur Krankheit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Wie kann der Zustand der zu betreuenden Person beschrieben werden?

- geistig und körperlich fit                       geistig und körperlich krank  
 geistig fit und körperlich krank               geistig krank und körperlich fit

Erläuterungen: \_\_\_\_\_

Die zu betreuende Person bewegt sich:

- selbständig    mit Unterstützung    mit Rollator    mit Rollstuhl    liegt nur im Bett#

Die zu betreuende Person kann beim Transfer mithelfen:  
(z.B. vom Bett in den Rollstuhl)

- ja, macht es alleine               ja, ein wenig               nein, nicht möglich

Folgende Hilfsmittel sind vorhanden:               Pflegebett               Lift

Die zu betreuende Person kann Treppen steigen:

- ja, selbständig                       ja, mit Unterstützung                       nein, nicht möglich

Kommunikationsfähigkeiten der zu betreuenden Person:

Sprache:                       gut                       zeitweise                       nicht möglich

Hörvermögen:                       gut                       zeitweise                       nicht möglich

Sehkraft:                       gut                       zeitweise                       nicht möglich

Folgende Hilfsmittel sind vorhanden:  Hörgerät                       Brille

Orientierungsfähigkeiten der zu betreuenden Person:

Zeitlich:                       ja                       teilweise                       nicht möglich

Örtlich:                       ja                       teilweise                       nicht möglich

Persönlich:                       ja                       teilweise                       nicht möglich



## 5. Müssen Nachtschichten eingelegt werden?

ja  nein

Wenn ja, wie oft wird die Betreuungskraft eingesetzt?

gelegentlich  regelmäßig  oft

Bitte genauer ausführen:

---

---

## 6. Weitere Angaben zur zu betreuenden Person:

Kommt regelmäßig ein zusätzlicher ambulanter Pflegedienst?

ja  nein

Wenn ja, welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst und wie oft?

---

---

Wer hat sich bisher um die pflegebedürftige Person gekümmert?

Familie  Nachbarn  Krankenschwester  Pflegedienst

Andere \_\_\_\_\_

Die zu betreuende Person erhält regelmäßig folgende Therapien:

keine  Physiotherapie  Ergotherapie  Logopädie

sonstige: \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie die zu betreuende Person vom Wesen und Charakter:

---

---

---



## 7. Anforderungen an die Betreuungskraft:

- weiblich                                       männlich  
 Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_       Alter unwichtig

Wenn die Betreuungskraft kein Deutsch spricht, besteht auch die Möglichkeit, sich in einer anderen Sprache zu unterhalten:

- ja, und zwar auf \_\_\_\_\_                                       nein

Gewünschte Deutschkenntnisse:

- elementare Sprachverwendung                       selbstständige Sprachverwendung  
 kompetente Sprachverwendung

Führerschein ist:                       unwichtig                       vorteilhaft                       erforderlich

Raucher/in wird akzeptiert:     ja                                       nein

## 8. Welche Leistungen sollen erbracht werden?

Hauswirtschaftliche Arbeiten:

- Einkaufen                       Kochen                                       Aufräumen                       Putzen  
 Bügeln                               Wäsche waschen                       leichte Gartenarbeit

Grundpflege:

- Körperhygiene                                       Hilfe beim An- und Auskleiden  
 Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme                       Hilfestellung bei der Fortbewegung

Individuelle Betreuung:

- Begleitung zu Arztbesuchen etc.                       Spaziergänge und Ausflüge  
 Besorgungen                                       Haustierversorgung

Haben Sie Wünsche an die Betreuungskraft? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 9. Unterkunft der Betreuungskraft:

Die Betreuungskraft wird untergebracht in einem eigenen Zimmer

\_\_\_\_\_ Zimmer/n mit \_\_\_\_\_ qm  getrenntes WC/Bad

(unbedingt vorhandene Ausstattung: Bett, Schrank, Stuhl, Tisch, Fenster mit Tageslicht, W-LAN, ggf. Fernseher)

Weiteres: \_\_\_\_\_

Wird ein Fahrzeug zur Verfügung gestellt?

PKW:  ja  nein Fahrrad:  Ja  nein

## 10. Dienstleistungsdauer und Beginn:

Voraussichtliche Dauer der Dienstleistung:

2 Monate  3 Monate  länger als 3 Monate

Voraussichtlicher Arbeitsbeginn der Betreuungskraft: \_\_\_\_\_

.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen geleistet wurden. Der Fragebogen ist unverbindlich und begründet keine vertraglichen Verpflichtungen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Auftraggebers

Mit der Weitergabe der Daten aus diesem Fragebogen zum ausschließlichen Zweck der Vermittlung von Pflegekräften und Haushaltshilfen bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Auftraggebers

**Wir bitten um Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens an:**



per Email:  
[info@silversenior.de](mailto:info@silversenior.de)



per Post:  
Silver Senior Services  
Brunnenweg 2  
82346 Andechs



Telefon für Rückfragen:  
+49 (0) 8152 5091245