



## Ihr persönlicher Fragebogen zur Bedarfsermittlung

### 1. Kontaktdaten des Auftraggebers:

Herr       Frau

Name:

Vorname:

Strasse:

Hausnummer:

PLZ, Ort:

Email:

Tel. Festnetz:

Tel. Mobil:

Verhältnis des Auftraggebers zur zu betreuenden Person:

### Ggfs. weitere Kontaktperson:

Herr       Frau

Name:

Vorname:

Strasse:

Hausnummer:

PLZ, Ort:

Email:

Tel. Festnetz:

Tel. Mobil:

Verhältnis der weiteren Kontaktperson zur zu betreuenden Person:

### 2. Angaben zur zu betreuenden Person:

Die zu betreuende Person ist

Herr       Frau

Ehepaar       Alleinstehend

Name:

Vorname:

Strasse:

Hausnummer:

PLZ, Ort:

Email:

Tel. Festnetz:

Tel. Mobil:

Geburtsdatum:



### 3. Wohnverhältnisse der zu betreuenden Person:

Die zu betreuende Person wohnt im:  Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  in einer Wohnung

Größe in qm  Anzahl der Zimmer  Im Haushalt wohnen  Personen

Lage der Wohnverhältnisse:  Großstadt  Kleinstadt  Dorf

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß:  ca. 10 Min.  ca. 20-40 Min.  ca. 1 Stunde

Erreichbarkeit mit öffentlichem Personennahverkehr:  ja  nein

Haustiere vorhanden (wenn ja, welche):

### 4. Die pflegebedürftige Person:

Die pflegebedürftige Person hat: Alter  Pflegegrad  Größe  Gewicht

#### Bestehende Krankheiten bei der zu betreuenden Person:

Demenz:  Ja Alzheimer:  Ja

Parkinson:  Ja Krebserkrankung:  Ja

Schlaganfall-Patient:  Ja Herzinfarkt-Patient:  Ja

Bluthochdruck:  Ja Psychische Erkrankung:  Ja

Multiple Sklerose:  Ja Inkontinenz:  Ja

Bettlägerigkeit:  Ja Dauerkatheter (Pufi)  Ja

Gehbehinderung:  Ja PEG-Sonde  Ja

Geistige Behinderung:  Ja Künstlicher Darmausgang  Ja

Keimerkrankungen:  Ja Herzschrittmacher  Ja

Diabetes:  Ja Andere, ansteckende Krankh.  Ja

Genauere Erläuterungen zur Krankheit / sonstige Krankheiten:

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



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 die zu betreuende Person 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. Nachtschichten der Betreuungskraft:

Müssen Nachtschichten bei der Betreuung eingelegt werden:

- ja    nein

Wenn ja, wie oft wird die Betreuungskraft eingesetzt?

- 1-2x / Woche    1x / Nacht    2x / Nacht    öfter als 2x / Nacht

Bitte beschreiben Sie die genaue Tätigkeit in der Nacht:



## 6. Weitere Angaben zur zu betreuenden Person:

Kommt regelmäßig zusätzlich zur Betreuungskraft ein ambulanter Pflegedienst?

ja  gelegentlich  nein

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

Die zu betreuende Person erhält regelmäßig folgende Therapien:

keine  Physiotherapie  Ergotherapie  Logopädie

sonstige

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

Besondere Interessen oder Hobbies der zu betreuenden Person:

## 7. Anforderungen an die Betreuungskraft:

Geschlecht:  Frau  Mann  egal

Alter:  unwichtig  wichtig wenn wichtig, von  bis  Jahre

Deutschkenntnisse:  Sehr gute Kenntnisse (B2)  Gute Kenntnisse (B1)  
 Befriedigende Kenntnisse (A2)

Führerschein:  ja, sehr wichtig  vorteilhaft  nicht erforderlich

Nichtraucher:  ja, sehr wichtig  egal



## 8. Leistungserbringung der Betreuungskraft:

### Hauswirtschaftliche Arbeiten:

- Einkaufen       Kochen       Aufräumen       Wäsche waschen  
 Bügeln       Putzen       leichte Gartenarbeit

### Grundpflege:

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

### Individuelle Betreuung:

- Begleitung zu Arztbesuchen etc.       Spaziergänge und Ausflüge  
 Besorgungen und Einkäufe       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       eigenes Bad vorhanden

(unbedingt vorhandene Ausstattung: Bett, Schrank, Stuhl, Tisch, Fenster mit Tageslicht, Zugang zu Internet/WLAN, ggfs. Fernseher)

Weiteres:

Wird ein Fahrzeug zur Verfügung gestellt?

- PKW:       ja       nein      wenn ja:       Automatikgetriebe       Handschalter

- Fahrrad:       ja       nein

## 10. Dienstleistungsdauer und Beginn:

Voraussichtliche Dauer der Dienstleistung:

- 2 Monate       3 Monate       länger als 3 Monate

Voraussichtlicher Arbeitsbeginn der Betreuungskraft:



## 11. Abschluss:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Internet       Flyer       Empfehlung       Arzt oder Klinik

Andere Informationsquelle:

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

Ort, Datum

Unterschrift des Auftraggebers

Mit der Weitergabe der Daten aus diesem Fragebogen zum ausschließlichen Zweck der Vermittlung von Pflegekräften und Haushaltshilfen im Rahmen meiner Anfrage 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