

ATTENDUS® Für ein Leben zu Hause

Attendus GmbH, Mozartstr. 1, 76133 Karlsruhe

Telefon: 0721-9203764

Telefax: 0721-9203765

E-Mail: info@attendus.de

Anfrageformular zur Angebotserstellung

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstvertrages.

Wir versichern Ihnen, dass die von Ihnen angegebenen Daten vorschriftsmäßig vertraulich behandelt werden, es gelten die aktuellen Datenschutzrichtlinien.

1. Allgemeine Angaben

Angaben zur pflegebedürftigen Person	
Name und Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	Handy:
Geburtsdatum:	
Raucher/in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pflegegrad:	
Größe:	Gewicht:
Name, Adresse, Tel.-u. Handy-Nr., E-Mail-Adresse des Angehörigen/Ansprechpartners/Betreuers:	
Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, bitte ausgeführte Tätigkeit(en) beschreiben:	
Wird der Pflegedienst unverändert kommen?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Änderung wie folgt:	
Gewünschter Betreuungsbeginn (bzw. bei nur kurzzeitigen Betreuungen gewünschter Zeitraum):	

Diagnosen

- Allergie Herzinfarkt Tumor Druckgeschwür Alzheimer Herzinsuffizienz
- Schlaganfall Parkinson chronische Durchfälle Demenz Diabetes
- andere:

Kommunikation

Sprache:

- gut mäßig massive Probleme

Hörvermögen:

- gut mäßig massive Probleme

Sehkraft:

- gut mäßig nicht vorhanden

Hilfsmittel:

- Brille Hörgerät andere _____

Orientierung:

Zeitlich

- ja
 zeitweise
 massive Probleme

Örtlich

- ja
 zeitweise
 massive Probleme

Erkennen von Personen

- ja
 zeitweise
 massive Probleme

Mobilität

- komplett selbstständig selbstständig mit Hilfsmitteln (Rollator/Stock) nur mit Unterstützung
 überwiegend Rollstuhl Rollstuhl und Bett bettlägerig

Transfer Bett/ Rollstuhl:

- selbstständig mit Hilfe (kann stehen) komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel in der Wohnung:

- Rollstuhl Rollator Toilettenstuhl Bett-Lifter Krankenbett Badewannenlift
 Treppenlift Sonstige, welche _____

Urin

- Inkontinent Windeln/ Einlagen Katheter

Stuhlgang

- Inkontinent chronische Durchfälle

Aktuelle Therapien

Krankengymnastik Lymphdrainage Sonstige:

Betreuung / Hilfestellung bei

An- Auskleiden:

selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Essen/Trinken:

selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Kochen:

selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Baden/Duschen:

selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Körperpflege:

	Selbstständig	Teilweise selbstständig	Unter Anleitung	Vollständige Unterstützung
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<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"/>
Intimbereich	<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"/>

Braucht die pflegebedürftige Person Hilfestellung in der Nacht?

(Hinweis: ggf. können Zuschläge, zusätzliche Betreuungskräfte, kürzere Verweilzeiten o.ä. erforderlich sein, falls eine Einhaltung der vorgeschriebenen Nachtruhe nicht möglich wäre.)

(22:00-6:00Uhr) ja nein

Falls ja, warum und wie oft? Bitte kurz beschreiben:

Leben weitere Personen im Haushalt? ja (= obligatorischer Zuschlag) nein

Bei ja, wie viele? __ Benötigen selbst Hilfe, d.h. nicht nur mithelfend und entlastend tätig? ja nein

2. Anforderungen an die Betreuungskraft und Rahmenbedingungen

Wünsche und Bedürfnisse bezüglich der Betreuungskraft:

Geschlecht: männlich weiblich egal

Alter: 20-30Jahre 30-40Jahre 40-50Jahre älter 50 egal

Führerschein erwünscht bzw. erforderlich (nur, wenn ein Auto vor Ort): ja nein

Bei ja, welches Fahrzeug/Typ?..... Automatik? ja nein

Unbedingt und begründet Nichtraucher erforderlich: ja nein, nur erwünscht

(Bitte beachten: das Kreuz bei `ja` schränkt die Auswahl evtl. sehr ein und die Kräfte dürfen selbstverständlich immer nur draußen rauchen, sowie keine Kettenraucher etc. ...)

Weitere Voraussetzungen, die gewünscht/benötigt werden:

Betreuungs-/Pflegerperson mit:

Grundkenntnissen-Deutsch (Tagessatz 75€) = kann sich mit einzelnen Worten verständigen

befriedigendem Deutsch (Tagessatz 80€) = Unterhaltung in einfachen Sätzen möglich

guten bis sehr guten Deutschkenntnissen (Tagessatz 85€) = kann sich spontan gut ausdrücken

oder (unabhängig von Deutschkenntnissen) erforderliche

Fachkraft (Tagessatz 90€) = in Polen ausgebildete Krankenschwestern, Pfleger und Therapeuten mit Diplom

(Die hier genannten Beträge sind gültig ab 01/2019 ohne evtl. Zuschläge, also z.B. ohne Feiertagszuschlag, ohne Zuschlag Ehepaar- bzw. Mehrpersonenhaushalt, ohne ggf. individuell erforderliche Zuschläge für bestimmte erhöhte Kompetenzen, Fähigkeiten, Anforderungen o.ä.)

Durchgehender Einsatz jeweils auch über Ostern, Weihnachten, Neujahr?

ja nein

(Bei ja: Zuschlag erforderlich)

Sonstige Wünsche und Erwartungen, sowie individuelle Tipps, Infos o.ä.:

Rahmenbedingungen

Lage:

- Großstadt Kleinstadt Dorf

Wohnsituation:

- Einfamilienhaus (_____)qm Wohnung (_____)qm

Der nächste große (Bus-)Bahnhof ist in:**Die nächsten Familienangehörigen wohnen in:****Einkaufsmöglichkeiten:**

- ca.10 min ca. 20 min länger als 1Stunde

Ausstattung des Zimmers für den/ die Mitarbeiter/in

- eigenes Bad Badmitbenutzung Bett TV Tisch Schrank Radio Computer

Internet/WLAN-Zugang (wichtig/erforderlich!): bereits vorhanden wird umgehend eingerichtet

Anmerkungen:

3. Zusätzliche Aufgaben

Haustiere:

- keine ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden?

- ja nein

Einkäufe:

- immer gelegentlich nein

Begleitung bei Arztbesuchen:

- immer gelegentlich nein

Waschen:

- immer gelegentlich nein

Bügeln:

- immer gelegentlich nein

Wird ggf. weitere Hilfe im Haushalt benötigt? Falls ja, folgende:

4. Tagesstruktur

Morgens: wecken um: <input type="checkbox"/> ausschlafen lassen
Baden/Duschen __mal pro Woche
Vormittag:
Mittags:
Nachmittags:
Abends:
Nachts:
Welche Hobbies hat der Patient:
Sonstiges:

Ort Datum Unterschrift