



Zentrale: Mozartstraße 1, 76133 Karlsruhe  
 Bundesweit kostenlos 0800 2883 638  
 Standort Karlsruhe 0721 9203 764  
 Standort Leipzig 0341 6583 0691  
 Standort Berlin 0302 5814 3584  
 Fax: 0721 9203 765  
 E-Mail: [info@attendus.de](mailto:info@attendus.de)  
 Internet: [www.Attendus.de](http://www.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

<b>Angaben zur pflegebedürftigen Person</b>	
Name und Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	Handy:
Geburtsdatum:	
Raucher/in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pflegegrad:	
Größe:	Gewicht:
<b>Ansprechpartners/Betreuer</b>	
Name und Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	Handy:
E – Mail:	
bestmögliche Erreichbarkeit:	
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     Krankbett     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:**

	<b>Selbstständig</b>	<b>Teilweise selbstständig</b>	<b>Unter Anleitung</b>	<b>Vollständige Unterstützung</b>
<b>Gesicht</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mundpflege</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Oberkörper</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Intimbereich</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Haare kämmen/waschen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rasieren</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Handpflege</b>	<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:**

Betreuungskraft mit Fachkenntnissen und guten Deutschkenntnissen (Tagessatz 100,00€)  
Unterhaltungen ohne Einschränkungen

Betreuungskraft mit guten Deutschkenntnissen (Tagessatz 90,00€)  
Unterhaltungen ohne Einschränkungen

Betreuungskraft mit befriedigenden Deutschkenntnissen (Tagessatz 85,00€)  
Unterhaltungen in einfachen Sätzen möglich

Hinzu kommen Reisekosten jeweils 100,00€ für An- und Abreise pro Einsatz (Hinweis: In aktuellen Sondersituationen, z.B. Corona-Lage o.ä., können diese Fahrtkosten ca. 10-20€ pro Fahrt höher sein.

(Die hier genannten Beträge sind gültig 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 Feiertage?**

ja  nein

Wenn ja, wird an diesen Tagen ein Zuschlag von 125% erhoben

### **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 1 Stunde

## **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

---

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

---

Ort Datum Unterschrift