



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
Internet: www.Attendus.de

Anfrageformular zur Verhinderungspflege

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 ☐ ja ☐ nein	
Pflegegrad:	
Größe:	Gewicht:
Ansprechpartners/Betreuer	
Name und Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	Handy:
E – Mail:	
bestmögliche Erreichbarkeit:	
Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? ☐ ja ☐ nein	
Falls ja, bitte ausgeführte Tätigkeit(en) beschreiben:	
Wird der Pflegedienst unverändert kommen? ☐ ja ☐ 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:

	Selbstständig	Teilweise selbstständig	Unter Anleitung	Vollständige Unterstützung
Gesicht	☐	☐	☐	☐
Mundpflege	☐	☐	☐	☐
Oberkörper	☐	☐	☐	☐
Intimbereich	☐	☐	☐	☐
Haare kämmen/waschen	☐	☐	☐	☐
Rasieren	☐	☐	☐	☐
Handpflege	☐	☐	☐	☐

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:

☐ Verhinderungspflege 14 Tage – mit sehr guten Deutschkenntnissen

☐ Verhinderungspflege 10 Tage – mit guten Deutschkenntnissen

☐ Verhinderungspflege individuell von _____ bis _____

Ab Juli 2025 wird die Unterstützung bei Verhinderungs- und Kurzzeitpflege einfacher: Dann gibt es ein gemeinsames **Entlastungsbudget von 3.539 Euro pro Jahr**, das Sie flexibel für beide Pflegeformen nutzen können.

Das bedeutet: Sie müssen nicht mehr wie bisher zwischen zwei getrennten Budgets unterscheiden und sich mit komplizierten Regeln herumschlagen.

Wenn eine Pflegeperson vorübergehend ausfällt, können Sie weiterhin bis zu **56 Tage im Jahr Verhinderungspflege** in Anspruch nehmen – vorausgesetzt, die pflegebedürftige Person hat **Pflegegrad 2 oder höher**.

Wichtig ist, dass **alle Kosten gut dokumentiert** werden. Nur so kann der volle Betrag des Entlastungsbudgets erstattet werden.

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

Morgens: wecken um: ☐ ausschlafen lassen
Baden/Duschen ___mal pro Woche
Vormittag:
Mittags:
Nachmittags:
Abends:
Nachts:
Welche Hobbies hat der Patient:
Sonstiges:

Ort Datum Unterschrift