

DS Family Personal sp.z.o.o

Formular

Auftraggeber

Name	Vorname
Straße	PLZ/Ort
Tel.	E-Mail
Handy	

Patient

☐ Mann ☐ Frau ☐ Ehepaar

Name		Vorname	
Straße		PLZ/Ort	
Tel.		E-Mail	
Geburtsdatum	Alter	Größe	Gewicht
Mit wem wohnen Sie?			

Name		Vorname	
Straße		PLZ/Ort	
Tel.		E-Mail	
Geburtsdatum	Alter	Größe	Gewicht

Vertragspartner	☐ Auftraggeber ☐ Leistungsempfänger
Rechnungsadresse	
Beginn der Betreuung	

Ansprechpartner	
E-Mail	
Handy/Tel.	

Patient 1

Patient 2

Pflegegrad:	Pflegegrad:
-------------	-------------

Pflegerelevante Diagnosen (bitte ankreuzen/unterstreichen)

Altersbedingte Gehschwäche	Altersbedingte Gehschwäche
Alzheimer	Alzheimer
Beginnende Demenz	Beginnende Demenz
Demenz	Demenz
Depression	Depression
Multiple Sklerose	Multiple Sklerose
Parkinson	Parkinson
Schlaganfall	Schlaganfall
Tumor	Tumor
Sonstige:	Sonstige:

Desorientiert:	zur Person	zur Zeit	zum Ort
Sprache	gut	eingeschränkt	gar nicht möglich
Sehvermögen	gut	eingeschränkt	gar nicht möglich
Hörvermögen	gut	eingeschränkt	gar nicht möglich

Wird die Person derzeit durch einen Pflegedienst versorgt?	ja	nein
--	----	------

Körperpflege	selbstständig	teilweise selbstständig
	unter Anleitung	komplette Unterstützung

An – und Ausziehen	selbstständig	teilweise selbstständig
	unter Anleitung	komplette Unterstützung

Urinkontrolle	kontinent	inkontinent
	Teilweise inkontinent (z. B. nachts)	

Hilfsmittel:	Windeln Katheter Vorlagen Bettpfanne
	urinflasche suprapubischer Katheter

Ein - Durchschlafen	keine Probleme	mehrmaliges Aufstehen
	Betreuungskraft muss unterstützen	
	<2	>2 pro Nacht

Überwachung in der Nacht Wichtiger Hinweis: Eine durchgehende Nachtwache kann nur durch den Einsatz von zwei Betreuungskräften abgedeckt werden.	ja	nein
--	----	------

Beweglichkeit. Unterstreichen.	Selbständig	mit Unterstützung
	mit Rollator	Bettlägerig
	Gehstock	Rollstuhl

Kurze Beschreibung der Hilfsbedürftigen Person:

Haushalt der Familie

Großstadt / Kleinstadt	Dorf	Einfamilienhaus	Mehrfamilienhaus
Wohnung			

Zu reinigende Wohnfläche: _____ m²

Gartenfläche: _____ m²

Angehörige:	wohnen im selben Haus	in der Nähe	weit entfernt
Einkaufsmöglichkeit			
Tiere			

Hauswirtschaftliche Tätigkeit:

waschen	kochen	putzen	bügeln
Einkäufe machen	sich um Haushalt kümmern		

Anforderungen an Hilfskraft:

Geschlecht:	weiblich	männlich
Alter:		
Pflegeerfahrung:	erforderlich	wäre von Vorteil
	nicht erforderlich	
Führerschein	erforderlich	wäre von Vorteil
	nicht erforderlich	
Nichtraucher	ja	nein

Deutschkenntnisse :	Grundkenntnisse A1	kommunikativ A1
	ausreichend A2	gut A2 B1
	sehr gut B1 B2	

Ist ein Zimmer für die Betreuungskraft / Helfer vorhanden? ja nein

Ausstattung des Zimmers:

Bett	Kleiderschrank	Tisch	Internet	TV
------	----------------	-------	----------	----

Freizeitregelung:

2 Stunden pro Tag	1 Tag pro Woche	nach Absprache
-------------------	-----------------	----------------

Die Angaben im Fragebogen habe ich zur Kenntnis genommen

Unterschrift _____ Datum _____

Datenschutzerklärung: Hiermit stimme ich zu, dass dieser Fragebogen mit meinen persönlichen Daten durch die DS Family Personal Sp. z o.o. ausschließlich zum Zwecke der Vermittlung einer Betreuungskraft verarbeitet und verwendet werden darf. Nach Abschluss des Vorgangs werden alle Daten datenschutzgerecht gelöscht

Unterschrift_____