

Erhebung

1. Angaben zur betreuenden Person

Anrede: Frau Herr

Nachname _____ Vorname _____

Straße Nr. _____

PLZ, Ort _____

Bundesland _____ Land _____

Telefon _____ Mobil _____

Fax _____ E-Mail _____

Geburtsdatum: _____ Größe _____ cm Gewicht: _____ kg

Verhältnis zur Kontaktperson: _____
Verwandtschaftsgrad / Mutter / Vater / ect.

Hobbies: _____
Spazierengehen / Kultur / Oper / Konzerte / Vereine / Kartenspiele

Gesundheitsbild

Hörschwäche: nein ja

Diabetes: nein ja

Demenz: nein ja

Schlaganfall: nein ja

Krebs: nein ja

Dekubitus: nein ja

MS: nein ja

Depressionen: nein ja

Liegt eine ansteckende Krankheit vor: nein ja welche _____

Ernährung

Nahrungsmittelunverträglichkeiten: nein ja

Allergien: nein ja

Hilfe bei Nahrungsaufnahme: nein ja

Toilette: selbstständig mit Hilfe
 Teilinkontinenz Vollinkontinenz unklar
 Windeln vorhanden Katheter vorhanden Magensonde

Mobilität: kann alleine gehen kann mit Hilfe / Stock gehen
 Rollator Rollstuhl bettlägerig unklar

Transfer erforderlich: nein ja wie oft _____

Geistiger Zustand: klar teilnahmslos verwirrt nicht ansprechbar

Pflegegrad: 1 2 3 4
 beantragt

Regelmäßige Nachtarbeit: nein ja welche _____

Ist ein Pflegedienst beauftragt: nein ja wie oft _____

Für welche Tätigkeiten: _____

Folgende Tätigkeiten sind gefordert:

- Grundpflege (Hilfe bei Alltagshygiene, Ankleiden, Essen ect.)
- Unterstützung bei Alltagstätigkeiten und im Haushalt
- Termine beim Arzt organisieren
- Begleitung der Betreuungsperson zum Arzt (wenn notwendig)
- Zubereiten der Mahlzeiten für die Betreuungsperson
- Unterstützung beim Verlassen der Wohnräume
- Einkaufen in Bezug auf Betreuung und Ernährung
- Begleitung zu Kulturveranstaltungen
- Kleingartenarbeit
- Haustierversorgung

Tagesplan	Zeit	Tätigkeit
Beschreiben Sie einen		
Tagesablauf:		
09:00 Hilfe beim Aufstehen/ Ankleiden		
09:15 Frühstück zubereiten		
09:45 Hilfe bei Körperpflege		
10:00 Reinigung der Wohnung		
12:30 Mittagsessen zubereiten und gemeinsames Essen		
13:30 Ruhezeit		
16:00 Kaffee & Kuchen		
16:30 gemeinsame Unternehmungen		
18:00 Abendessen zubereiten und gemeinsames Essen		
20:00 Fernsehen (Nachrichten)		
21:45 Reinigung Zahnprothese		
22:00 Bettruhe		

Weitere Wünsche: _____

Folgende Einschränkungen liegen vor: _____

2. Auftraggeber / Kontaktperson

Nachname _____ Vorname _____

Straße Nr. _____

PLZ, Ort _____

Bundesland _____ Land _____

Telefon _____ Mobil _____

Fax _____ E-Mail _____

Wer ist Rechnungsempfänger:

Auftraggeber Betreute Person Gesetzlicher Betreuer

Rechnung per Post e-Mail Fax

Anschrift des Gesetzlichen Betreuers:

Nachname _____ Vorname _____

Straße Nr. _____

PLZ, Ort _____

Bundesland _____ Land _____

Telefon _____ Mobil _____

Fax _____ E-Mail _____

3. Anforderung an den/die Betreuer/in

Geschlecht: weiblich männlich egal

Pflegeerfahrung: nein ja

Deutschkenntnisse: sehr gut
Flüssiges Deutsch gut
gutes Deutsch
Unterhaltung möglich einfach
einfachen Verstehen
sprechen fällt Schwer

Andere Sprachen: nein ja welche: _____

Kochkenntnisse: nein ja

Raucher (nur draußen): nein ja

Alter: bis 30 ab 30 ab 40

ab 50 egal

Führerschein: nein ja welcher: _____

Tierliebe: nein ja

Hobbies: _____

Sonstige Anforderungen: _____

4. Angaben zur Unterkunft und Verpflegung der Betreuungskraft

Wohnen: Wohnung Haus
 Dorf Stadt Einwohner: _____

Einkaufsmöglichkeiten: vor Ort nein Entfernung: _____

Unterkunft

Separates Zimmer: nein ja

Separate Küche: nein ja

Separates Bad: nein ja

Separate Toilette: nein ja

Internet: nein ja kann installiert werden

Sonstige Ausstattung: _____

Verpflegung: mit Familie Selbstverpflegung

Mittagspause: nein ja von - bis _____

Freizeitausgleich: zweimal die Woche mindestens 6 Std.

einmal die Woche mindestens 12 Std.

5. Angaben zur Betreuung

Betreuungsdauer: langfristig kurze Zeit offen

Ab wann soll betreut werden: _____

Betreuungsadresse:

Nachname _____ Vorname _____

Straße Nr. _____

PLZ, Ort _____

Bundesland _____ Land _____

Telefon _____ Mobil _____

Fax _____ E-Mail _____

Nächsten größeren Bahnhof: _____

Wer holt Betreuer/in ab: _____

Räumliche Entfernung des Auftraggebers/Kontaktperson zum Wohnort der zu
betreuenden Person:

gleiches Haus Gleicher Ort bis 50km bis 100km andere _____

Wie viele Personen leben im Haushalt der zu betreuenden Person: _____

Tiere im Haushalt: nein ja welche _____

Ja, ich möchte Gretels Care Services beauftragen eine Betreuungsperson zu finden
für:

Einzelperson Ehepaar

Ort, Datum

Unterschrift