

Name und Anschrift der pflegebedürftigen Person(en):

Frau / Herr

Vorname * _____

Nachname * _____

Straße * _____

Hausnummer * _____

Postleitzahl * _____

Ort * _____

Telefon * _____

E-Mail von Kontaktperson / Betreuer * _____

Größe * _____ cm

Gewicht * _____ kg

Alter * _____ Jahre

- Pflegegrad(e) ***
- Pflegegrad 1
 - Pflegegrad 2
 - Pflegegrad 3
 - Pflegegrad 4
 - Pflegegrad 5

Krankenkasse * _____

Anzahl der Personen im Haushalt * _____

Bei mehr als einer Person im Haushalt:

Fallen für diese Personen Arbeiten an? - auswählen -

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Frau / Herr

Vorname _____

Nachname _____

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Alter _____ Jahre

Wohnverhältnisse der pflegebedürftigen Person / Unterbringung der
Haushaltshilfe:

In einem Haus *

In einer Wohnung *

Quadratmeter _____ m²

Anzahl der Zimmer _____

Region * - auswählen -

Großstadt

Mittlere Stadt

Kleinstadt

Dorf

Ländlich

Entfernung von Lebensmittelgeschäften * - auswählen -

kleinere Geschäfte, wie z. B. ein Nahkauf oder Bäcker

_____ Minuten Entfernung zu Fuß mit dem Auto

größere Geschäfte, wie z. B. Lidl, Aldi, Edeka

_____ Minuten Entfernung zu Fuß mit dem Auto

Unterbringung der Haushaltshilfe * - auswählen -

1 Zimmer 2 Zimmer

Befindet sich das Zimmer in der gleichen Etage mit der / dem zu Pflegenden? *

Ja Nein

Wenn nein, in welcher Etage liegt das Zimmer der Haushaltshilfe?

Badezimmer * - auswählen -

Eigenes Badezimmer Gemeinschaftsbad

Mindestanforderung an Ausstattung (Bett, Schrank, Tisch, Stuhl, eigener Fernseher im Zimmer der Haushaltshilfe und WLAN)

gelesen

Anforderungen an die Haushaltshilfe:

Geschlecht * - auswählen -

männlich weiblich egal

Erfahrung - auswählen -

Haushaltshilfe mit langjähriger Erfahrung

Pflegehilfskraft mit Erfahrung

ausdrücklich ausgebildete Pflegekraft

Alter von _____ bis _____ Jahre

Betreuungskraft aus dem EU-Ausland. Kenntnisse der deutschen Sprache * - auswählen -

Grundkenntnisse (einfache Anweisungen sollten verstanden werden)

mittlere Kenntnisse (einfachere Unterhaltung auf Deutsch ist möglich)

gute Kenntnisse

Weitere Anforderungen: - auswählen -

Nichtraucher

Raucher bis 10 Zigaretten pro Tag

Raucher

EU-Führerschein (Mehrkosten) - auswählen -

Ja Nein

Wenn ja, welches Auto (Marke / Typ) soll von der Haushaltshilfe gefahren werden? _____

Wenn ja, Schaltgetriebe oder Automatik? - auswählen -

Schaltgetriebe Automatik

Zur Information für Sie: Die Haushaltshilfe wechselt sich mit einer zweiten Haushaltshilfe in einem Zeitintervall von 6-8 Wochen ab. Der jeweilige Intervall kann nicht selbst ausgewählt werden. *

gelesen

Folgende Tätigkeiten sind für die betreuungsbedürftige Person zu leisten. Bitte notieren Sie einen kurzen Tagesplan über die zu erfüllenden Tätigkeiten inklusive des zeitlichen Ablaufs sowie einer Pausenregelung für die Betreuungskraft:

Aufstehen morgens.....u.s.w. (evtl. auf einem Beiblatt)

Weitere Aufgabenbereiche:

Einkaufen

Kochen

Putzen

Waschen

Bügeln

Sonstiges _____

Lebt ein Haustier mit in der Wohnung. Wenn ja, welches?

Gewohn- und Besonderheiten der pflegebedürftigen Person:

Die pflegebedürftige Person - auswählen –

bewegt sich selbständig

ist körperlich behindert

bewegt sich mit Hilfe des Rollstuhls

liegt nur im Bett

die zu pflegende Person kann dennoch kurz auf eigenen Beinen stehen, um in einen Rollstuhl geholfen zu bekommen

die zu pflegende Person muss gehoben werden

Wenn sie gehoben werden muss, ist ein Personenlifter vorhanden?

Ja

Nein

Leidet an folgenden Krankheiten:

Hat folgende Allergien:

Zustand der pflegebedürftigen Person - auswählen –

- geistig und körperlich krank
- körperlich krank und geistig fit
- geistig und körperlich fit
- geistig krank und körperlich fit

Besteht Altersdemenz?

Wenn ja, bitte beschreiben sie den jetzigen Zustand und notieren Sie, ob die zu pflegende Person Medikamente (Nachttablette, Beruhigungsmittel, ...) bekommt und wenn ja, welche:

Steht die pflegebedürftige Person in der Nacht auf? Wenn ja, beschreiben sie warum sie aufsteht. Insbesondere wie oft?

Benötigt die pflegebedürftige Person in der Nacht Hilfe von der Betreuungskraft? - auswählen –

- Ja, aber nur einmal in der Woche
- Ja, jede Nacht (Hinweis: Hier wird ein wöchentlicher Aufpreis fällig)
- Nein

Besteht Inkontinenz? Wenn ja, mit - auswählen –

- Windeln oder Pants
- Dauerkatheder

Ist ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? Wenn ja, beschreiben Sie die Arbeiten des Pflegedienstes und wie oft dieser am Tag kommt?

Welche Hilfsmittel gibt es bereits im Haushalt?

- Pflegebett

- Rollator
- Rollstuhl
- Toilettenstuhl
- Duschhocker
- Badewannenlifter
- Treppenlift
- Personenlifter, um die pflegebedürftige Person vom Bett in den Rollstuhl zu heben oder umgekehrt
- Cupidus Matratze
- Weiteres: _____

Sonstiges:

Voraussichtlicher Arbeitsbeginn (Datum): _____

Name und Anschrift der Kontaktperson / Betreuer(in):

Anrede * - auswählen -

Frau / Herr

Vorname * _____

Nachname * _____

Straße * _____

Haus-Nr. * _____

PLZ * _____

Ort * _____

Telefon * _____

Handy _____

Fax-Nr. _____

/ Voraussichtlicher Wochenpreis von € _____ bis € _____

/ Fahrtkosten liegen zwischen € 150,00 und € 160,00 pro einfache Fahrt

/ 2 x fällt die Vermittlungsgebühr in Höhe von € 200,00 zzgl. MwSt. an

/ Für die Versorgung und für die Betreuung der Pflegestelle wird eine wöchentliche Pauschale in Höhe von € 25,00 zzgl. MwSt. per SEPA abgebucht

Im Rahmen der selbständigen Tätigkeit übernimmt der Auftraggeber anteilig einen wöchentlichen Betrag für gesetzlich vorgeschriebene Versicherungen in Höhe von € 20,00.