

Kunden - Fragebogen

für 24 Stunden Seniorenbetreuung



www.sueddeutsche-seniorenbetreuung.de
Tel: 089 2060 656 618

Kontaktperson/Auftraggeber:

Nachname:

Anschrift:

Telefon, Handy

Email:

Pflegebedürftige Person:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Familienstand:

Geburtsdatum:

Größe / Gewicht:

Wohnverhältnisse: (bitte angeben: Wohnung / Haus / Anzahl der Zimmer und m²)

Unterkunft der Betreuungskraft: (bitte kurz beschreiben: z. B. eigenes Zimmer mit Tageslicht und Bad / Badmitbenutzung, Größe, Ausstattung)

Anzahl der Personen im Haushalt:

Welche weitere Personen sind im Haushalt zu versorgen ?
(In welchem Umfang?)

Wird im Haushalt der zu betreuende Person geraucht?

**Gesundheitszustand der zu betreuende Person
(Personen)**



Pflegestufe:

Krankheiten:

Bewegung:

(selbständig / mit Rollator / mit Rollstuhl / bettlägerig - Umsetzen erforderlich?)

Demenz:

(falls ja, in welchem Umfang? Leicht / fortgeschritten / vergesslich / aggressiv / desorientiert / Weglauftendenzen...)

Inkontinenz:

(Harn / Stuhl / Beides / Katheter)

Nachwachen erforderlich:

Falls ja, wie oft ?

Folgende Tätigkeiten sind von der Betreuungsperson zu verrichten:

Anforderung an die Betreuungskraft:

Deutschsprachkenntnisse:

(Grund / Mittel / Gut)

Führerschein erforderlich:

Raucher/ Nichtraucher:

Weitere Wünsche, Vorstellungen:

Freizeit für die Betreuungskraft:

(Anspruch: 10 Stunden in der Woche nach Absprache: ja / nein / wenn, nicht wie dann?)

Betreuungsbeginn zum: