

Mit Zusendung dieses ausgefüllten Erhebungsbogens an uns erteilen Sie uns den Auftrag ein unverbindliches Angebot für Sie zu erstellen.

## Erhebungsbogen Gesundheitszustand

### Daten des Auftraggebers (Ansprechpartner)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Wohnt der Auftraggeber bei der betreuten Person  ja  nein Entfernung \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger  Auftraggeber  Betreute Person

andere Person \_\_\_\_\_

### Gewünschte Eigenschaften der BetreuerIn

Geschlecht  weiblich  männlich  kein spezieller Wunsch  
Pflegerfahrung  nein  ja  Alltagshilfe  KrankenpflegerIn  
Deutschkenntnisse  sehr gering  gering  gut  egal  
Kochkenntnisse  ja  nein  
Raucher  ja  nein  egal  
Alter  bis 30  ab 30  ab 40  ab 50  egal

### Gewünschte Eigenschaften der Betreuungskraft

### Unterkunft am Betreuungsort

Wohnung  Haus in:  Stadt  Dorf

m<sup>2</sup> Ausmaß der Unterkunft der BetreuerIn ca. \_\_\_\_\_

Einkaufsmöglichkeiten vor Ort  ja  nein

Internet ist vorhanden  ja  nein

2 größere mögliche Bahnhöfe im Umkreis sind \_\_\_\_\_

BetreuerIn wird abgeholt von \_\_\_\_\_

Betreuungsdauer  langfristig  nur kurze Zeit  steht noch nicht fest

Betreuungszeitraum \_\_\_\_\_

Betreuung für  Einzelperson  2 Personen

## Daten der betreuten Person (Patient)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnr. \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Hobbies \_\_\_\_\_

Gewünschte Betreuungstätigkeiten vor Ort (falls bekannt)

Vorliegende Krankheiten/Behinderungen

Mobilität  kann alleine laufen  kann mit Hilfe laufen  Rollstuhl  bettlägrig  unklar

Toilette  selbständig  mit Hilfe  Teilinkontinenz  Vollinkontinenz  unklar

Geistiger Zustand  klar  teilnahmslos  verwirrt  nicht ansprechbar

Pflegestufe \_\_\_\_\_ geschätzte Arbeitszeit/Tag \_\_\_\_\_ regelmäßig Nachtarbeit  ja  nein

## Daten der 2. betreuten Person (Patient) (nur ausfüllen, bei Betreuung von 2 Personen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Hobbies \_\_\_\_\_

Gewünschte Betreuungstätigkeiten vor Ort (falls bekannt)

Vorliegende Krankheiten/Behinderungen

Mobilität  kann alleine laufen  kann mit Hilfe laufen  Rollstuhl  bettlägrig  unklar

Toilette  selbständig  mit Hilfe  Teilinkontinenz  Vollinkontinenz  unklar

Geistiger Zustand  klar  teilnahmslos  verwirrt  nicht ansprechbar

Pflegestufe \_\_\_\_\_ geschätzte Arbeitszeit/Tag \_\_\_\_\_ regelmäßig Nachtarbeit  ja  nein

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_