

Prosenior UG (haftungsbeschränkt)
Am Hoppenhof 19
23611 Bad Schwartau
Deutschland

Tel.: (0049)0451-6123906
Fax: (0049) 0451-2932112
E-Mail: info@prosenior-betreuung.de
www.prosenior-betreuung.de

Erfassungsbogen für eine kostenfreie & unverbindliche Anfrage

Ansprechpartner

Vorname:.....

Nachname:.....

Straße/Haus Nr.....

Postleitzahl:.....

Ort:.....

Telefon:.....

Mobil:.....

Fax:.....

E-mail:.....

Leistungsempfänger

Vorname:.....

Nachname:.....

Geburtsdatum:.....

Straße:.....

Postleitzahl:.....

Ort:.....

Telefon:.....

Handy:.....

Fax:.....

Verhältnis (z.B. Vater/ Mutter) zum Ansprechpartner:

.....

Welcher Pflegegrad liegt vor?

- Kein Pflegegrad
- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5
- Pflegegrad ist in Beantragung

Ist ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?

Soll der Pflegedienst auch weiterhin (trotz Betreuungskraft) kommen?

Gesundheitszustand

Geistiger Zustand:

klar leicht verwirrt stark verwirrt apathisch

Mobilität:

keine Einschränkung geringe Einschränkung kann mit Unterstützung laufen

Rollator Rollstuhl Bettlägerig

Gewicht:kg

Toilette:

kpl. selbstständig mit Unterstützung Teilinkontinenz Vollinkontinenz

Katheter Stomabeutel

Wacht die zu betreuende Person nachts regelmässig auf, benötigt dann Unterstützung?

Wenn ja, wie oft?.....

Bekannte Krankheiten:

.....
.....

Weitere Angaben zum Gesundheitszustand:.....

.....
.....

Evtl. 2. Person mit Betreuungsbedarf:

Welcher Pflegegrad liegt vor?

- Kein Pflegegrad
- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5
- Pflegegrad ist in Beantragung

Ist ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?

Soll der Pflegedienst auch weiterhin (trotz Betreuungskraft) kommen?

Gesundheitszustand

Geistiger Zustand:

klar leicht verwirrt stark verwirrt apathisch

Mobilität:

keine Einschränkung geringe Einschränkung kann mit Unterstützung laufen

Rollator Rollstuhl Bettlägerig

Gewicht:

Toilette:

kpl. selbstständig mit Unterstützung Teilinkontinenz Vollinkontinenz

Katheter Stomabeutel

Wacht die zu betreuende Person nachts regelmässig auf, benötigt dann Unterstützung?

Wenn ja, wie oft?

Bekannte Krankheiten:

.....
.....

Weitere Angaben zum Gesundheitszustand:.....

.....

Angaben zum Haushalt

Wohnung / m² Haus / m².....

Balkon ? Garten m²

Sonstiges zu den Räumlichkeiten, wie behindertengerechter Umbau / Treppenlift,
etc. :

.....
.....
.....

Personenanzahl im Haushalt ?.....

Bei 2 oder mehr Personen bitte angeben, wer diese Personen sind

.....

Lebt eine Person im Haushalt, die die Betreuungskraft bei der Haushaltsführung entlastet?

.....

Gibt es Haustiere, wenn ja, welche ?.....

Für die Betreuungskraft steht zur (Mit-) Nutzung zur Verfügung:

eigenes Zimmer Bad/ Duschbad Balkon

Internet/W-Lan

Sonstiges:

Angaben zur Tätigkeit / Folgende Aufgaben sollen übernommen werden:

Hilfe bei der Körperpflege

Hilfe beim Toilettengang

Windeln/Einlagen wechseln

Hilfe beim An – und Ausziehen

Hilfe beim Transfer von/in Rollstuhl

Bedienung Lifter

Umlagern wenn ja, wann/wie oft ?

Nächtliche Unterstützung z.B. beim Toilettengang wenn ja, wie oft?

Einkaufen

Kochen

Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

Putzen/Sauber machen der Räume

Spazieren gehen

Zum Arzt begleiten

Haustiere versorgen

weitere Aufgaben:.....

.....

.....

Betreuungskraft: weiblich männlich nicht entscheidend

Bevorzugtes Lebensalter der Betreuungskraft?.....

Deutschkenntnisse: Grundkenntnisse solide Kenntnisse gute Kenntnisse

Pflegeerfahrung: unbedingt etwas sehr erfahren nicht entscheidend

Ist ein Führerschein notwendig?.....

Ist ein Auto vorhanden?.....

(die Betreuungskräfte verfügen nicht über eigene Fahrzeuge)

Sonstige Anforderungen an die Betreuungskraft:

.....
.....
.....
.....
.....

Ab wann soll die Betreuung aufgenommen werden?.....

Kann pro Woche ein freier Tag vereinbart werden?.....

Hier können Sie weitere Angaben machen, die Ihnen wichtig sind:

.....
.....
.....
.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Arzt Klinik Reha-Einrichtung Pflegedienst Google andere Suchmaschine
Facebook Zeitungsbericht Flyer/Broschüre persönliche Empfehlung

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

Wir garantieren Ihnen, Ihre Angaben vertraulich zu behandeln!

Ihre Angaben werden nicht zu Werbe- oder tätigkeitsfremdem Zwecken an Dritte weitergegeben. Die angegebenen Daten dienen bei Auftragserteilung als Grundlage, eine passende Betreuungskraft vermitteln zu können. Erfolgt keine Auftragserteilung werden Ihre Daten wieder gelöscht, der Erfassungsbogen vernichtet.