

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

Tel.: (0049) 0451-6123906  
Fax: (0049) 0451-2932112  
E-Mail: [info@prosenior-betreuung.de](mailto:info@prosenior-betreuung.de)  
[www.prosenior-betreuung.de](http://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?**  ja  nein

**Soll der Pflegedienst auch weiterhin (trotz Betreuungskraft) kommen?**  ja  nein

**Gesundheitszustand****Geistiger Zustand:**

klar  leicht verwirrt  stark verwirrt

**Ist Demenz/Alzheimer diagnostiziert?** .....

**Mobilität:**

keine Einschränkung  geringe Einschränkung  kann mit Unterstützung laufen  
 Rollator  Rollstuhl  Bettlägerig

**Gewicht:**..... kg

**Größe:**..... cm

**Toilette:**

kpl. selbstständig  mit Unterstützung  Teilinkontinenz  Vollinkontinenz  
 Katheter  Stomabeutel  Windeln/Einlagen  .....

**Benötigt die zu betreuende Person nachts regelmäßig Unterstützung?**  ja  nein

**Wenn ja, wie oft?**..... **Wobei Unterstützung?** .....

**Bekannte Krankheiten:** .....

.....

.....

**Weitere Angaben zum Gesundheitszustand:**.....

.....

.....

**2. Person mit Betreuungsbedarf?**  ja  nein

### Gesundheitszustand

#### Geistiger Zustand:

klar

leicht verwirrt

stark verwirrt

**Ist Demenz/Alzheimer diagnostiziert?** .....

#### Mobilität:

keine Einschränkung

geringe Einschränkung

kann mit Unterstützung laufen

Rollator

Rollstuhl

Bettlägerig

**Gewicht:** ..... kg

**Größe:**..... cm

#### Toilette:

kpl. selbstständig

mit Unterstützung

Teilinkontinenz

Vollinkontinenz

Katheter

Stomabeutel

Windeln/Einlagen

.....

**Benötigt die zu betreuende Person nachts regelmäßig Unterstützung?**

**Wenn ja, wie oft?**..... **Wobei Unterstützung?** .....

**Bekannte Krankheiten:** .....

.....

.....

**Weitere Angaben zum Gesundheitszustand:**.....

.....

.....

### Angaben zum Haushalt

Wohnung im Mehrfamilienhaus       Reihen-/Doppelhaus       Einfamilienhaus

Bauernhof     Anwesen    .....

m<sup>2</sup> Wohnfläche .....

m<sup>2</sup> Garten .....

Anzahl Zimmer:.....

Anzahl Badezimmer:.....

Anzahl Toiletten:.....

Sonstiges zum Haushalt / 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?**

ja     nein    Fall ja,wer?.....

Gibt es Haustiere?     ja     nein    Falls ja, welche?.....

**Für die Betreuungskraft steht zur Nutzung zur Verfügung:**

eigenes Zimmer     Mitbenutzung Bad/ Duschbad     separates Bad/Duschbad (kein muss)

Balkon     Internet/W-Lan     Fernseher

Sonstiges: .....

**Angaben zur Tätigkeit / Folgende Aufgaben sollen übernommen werden:**

Hilfe beim Waschen/Duschen

Hilfe bei Intimwäsche

Hilfe beim Toilettengang

Windeln/Einlagen wechseln

Hilfe beim An- und Ausziehen

Hilfe beim Transfer von/in Rollstuhl

Umlagern

Kochen     Spezielle Diät ?.....

Essen anreichern

Trinken anreichern

Medikamente anreichern

Zum Arzt begleiten

Spazieren gehen

Putzen/Saubermachen der Räume

Einkaufen

Wie viele Kilometer ist der nächste Supermarkt entfernt? .....

**weitere Aufgaben:**.....

.....

.....

**Betreuungskraft:**  weiblich  männlich  nicht entscheidend

Bevorzugtes Lebensalter der Betreuungskraft?.....

**Deutschkenntnisse:**  Grundkenntnisse  mittlere  gute  sehr gute

**Pflegeerfahrung:**  unbedingt etwas  sehr erfahren  nicht entscheidend

Ist ein PKW-Führerschein notwendig?  ja  nein  wünschenswert

Ist ein Auto vorhanden?  ja  nein  Automatik  Schalter Marke /Modell.....

(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     Zeitungsbericht     Flyer/Broschüre
- persönliche Empfehlung von .....

.....  
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.