

Agentur Gute-Wesen,

Am Schützenwald 35-35a,17373 Ueckermünde

Tel.: 039771 – 59 39 0, Fax: 039771 – 59 39 29

Mail: [info@gute-wesen.de](mailto:info@gute-wesen.de); Homepage: [www.gute-wesen.de](http://www.gute-wesen.de)

**Kontaktperson -** Verhältnis zum Leistungsempfänger : Vater/Mutter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Familien - Name : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße/Nr. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ/Ort : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Fax : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Leistungsempfänger**

Familien – Name : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ/Ort : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Alter: \_\_\_\_\_\_\_ Größe/cm: \_\_\_\_\_\_\_ Gewicht/kg: \_\_\_\_\_\_\_ Raucher: (ja/nein) \_\_\_\_\_\_\_

Anzahl der Mitglieder im Haushalt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Braucht ein weiteres Familienmitglied Hilfe? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Falls ja, bitte für jede weitere Person einen Fragebogen ausfüllen.

Wohnen Angehörige im selben Haus? \_\_\_\_\_\_ in der Nähe? \_\_\_\_\_\_ kommen wie oft zu Besuch? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pflegegrad:  keiner  Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4  Grad 5  Grad beantragt

**Wann soll die Beschäftigung beginnen?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wer soll Vertragspartner werden?  Kontaktperson  Leistungsempfänger  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschäftigungsdauer:  langfristig  steht noch nicht fest  mindestens \_\_\_\_\_ Monate

Voraussichtliche Arbeitszeit pro Tag: \_\_\_\_\_ Std. Regelmäßige Nachteinsätze (z.B. Toilettengänge) \_\_\_\_\_\_\_\_

Ist/wird ein Pflegedienst beauftragt? \_\_\_\_\_\_\_\_ Soll der Pflegedienst künftig noch kommen? \_\_\_\_\_\_\_\_

**Einschränkungen/Krankheiten**

Geistige Situation:  klar  verwirrt  dem Alter entsprechend  teilnahmslos

Beweglichkeit:  Rollstuhl  kann alleine laufen  läuft mit Hilfe  bettlägerig

Toilette:  mit Hilfe  selbständig  Urininkontinenz  Stuhlinkontinenz  Katheter: \_\_\_\_\_\_\_

Körperpflege:  mit Hilfe  ohne Hilfe

An- und Auskleiden:  mit Hilfe  ohne Hilfe

Nahrungsaufnahme:  mit Hilfe  ohne Hilfe

Aufstehen/zu Bett

gehen:  mit Hilfe  ohne Hilfe

Erkrankungen:  Alzheimer  Demenz  Parkinson  Schlaganfall Schwerhörigkeit  MS

Sonstige

Erkrankungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vorlieben:** (Fernsehen – welche Filme - , spazieren gehen, Speisen, Literatur – welche - , Spiele, Theater)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Personalanforderungen:**

Sprachkenntnisse: bitte ankreuzen

Deutsche Sprachkenntnisse sind nicht erforderlich

Mindestens Grundkenntnisse der deutschen Sprache

(einfache Anweisungen auf Deutsch sollten verstanden werden)

Erweiterte deutsche Sprachkenntnisse

(einfache Unterhaltung auf Deutsch sollte möglich sein)

Eine andere Sprache ist ausreichend. Welche?

Geschlecht:  weiblich  männlich  egal ; Alter Betreuungskraft: ca. \_\_\_\_\_\_\_

Führerschein:  erforderlich  nicht erforderlich ; Raucher:  ja  nein (nur im Freien)

Weitere Anforderungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tätigkeiten:

24-Stunden Rufbereitschaft  einkaufen  kochen

Haus/Wohnung reinigen  Wäsche waschen  Hilfe bei der Körperpflege

Freizeitgestaltung  Ausflüge  spazieren gehen

Arztbegleitung  Autofahrten

Gartenarbeit

Hausgröße/qm: \_\_\_\_\_\_ Gartengröße/qm: \_\_\_\_\_\_ Haustiere? Haustierart: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Haustier füttern

Internet (WLAN)  vorhanden  wird eingerichtet

TV  im gemeinsamen Wohnbereich  im Zimmer der Betreuungskraft vorhanden

andere Leistungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Freizeitausgleich** (z.B. ein Tag pro Woche, ein freies Wochenende pro Monat): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Verpflegung:**  Mit Familie  separate

Der nächste Bahnhof ist: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wer holt die Betreuungskraft am Bahnhof ab? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.: Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Reisekosten für eine Hin- und Rückfahrt betragen pro Fahrt ca. 100,-- Euro.

Raum für weitere Angaben und Anforderungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**