

Agentur Gute-Wesen,

Am Schützenwald 35-35a,17373 Ueckermünde

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

Mail: 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**