



Sehr gerne können wir den Fragebogen gemeinsam mit Ihnen ausfüllen. Wir freuen uns auf Ihren Anruf. Den Fragebogen können Sie direkt im PDF-Formular ausfüllen und ausdrucken oder speichern. Den ausgefüllten Fragebogen können Sie uns per Post, Fax oder E-Mail zukommen lassen.

Adrina GmbH  
Am Weidenbach 6  
82362 Weilheim

Telefon: 0881 / 122 304 38  
Fax: 0881 / 122 304 39  
E-Mail: info@adrina.de

## 1. Angaben zum Antragsteller

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Straße/Hs-Nr.	<input type="text"/>		
PLZ/Ort	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	Handy	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		
Verhältnis zur betreuenden Person?	<input type="text"/>		
Wer soll Vertragspartner werden?	<input type="checkbox"/> Antragsteller	<input type="checkbox"/> Leistungsempfänger	

## 2. Angaben zur betreuenden Person

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/>	Größe (cm)	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Straße/Hs-Nr.	<input type="text"/>		
PLZ/Ort	<input type="text"/>		
Lebt die zu betreuende Person alleine?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wenn nein, wie viele Personen leben im Haushalt?	<input type="text"/>		

**Bei zwei Personen im Haushalt, bitte die ergänzenden Fragen am Ende ausfüllen.**

## 3. Betreuungsdauer

befristet auf  Wochen/Monate  unbefristet (täglich kündbar mit 14-tägiger Frist)

## 4. Ab wann soll die Betreuung beginnen

## 5. Angaben zum Haushalt

Art des Haushaltes  Haus  Wohnung Wohnfläche  m<sup>2</sup>

Lage  Großstadt  Kleinstadt  Dorf

Ist ein Zimmer für die Pflegerin vorhanden?  Ja  Nein Wohnfläche  m<sup>2</sup>

Ausstattung  Bett  Tisch  Schrank  TV  Computer  
 WLAN  Internet-Stick  Telefonnutzung nach Absprache

Freizeit für die Betreuungskraft  Zwei halbe Tage/Woche  Ein Tag/Woche

Ist ein Auto im Haushalt vorhanden?  Ja  Nein

Wenn ja  Automatik  Gangschaltung

Wird im Haushalt geraucht?  Ja  Nein

Entfernung zu den nächsten Einkaufsmöglichkeiten?

Wohnen Angehörige in der Nähe?

## 6. Angaben zum Gesundheitszustand

### 6.1 Pflegegrad

Pflegegrad 1  Pflegegrad 2  Pflegegrad 3  Pflegegrad 4  Pflegegrad 5

Es liegt kein Pflegegrad vor  Pflegegrad ist beantragt

### 6.2 Krankheiten

Alzheimer  Demenz  Schlaganfall  Herzinfarkt  MS-Patient

Parkinson  Bluthochdruck  Herzinsuffizienz  Diabetes  schwerhörig

sehbehindert  Tumor  Druckgeschwür  Depression  Unruhe

Angststörung  Hinlauftendenz  Allergien

sonstige Krankheiten

Liegen ansteckende Krankheiten vor?  Ja  Nein

Wenn ja, welche

### 6.3 Geistiger Zustand

klar  teilnahmslos  verwirrt  orientierungslos  aggressiv

## 6.4 Mobilität

- läuft alleine       Gehhilfe/ Rollator       Rollstuhl       bettlägerig
- Transfer vom Bett in den Rollstuhl notwendig?       Ja       Nein
- Kann der Patient beim Transfer aktiv unterstützen?       Ja       Nein
- Ist ein Pflegebett mit Galgen vorhanden?       Ja       Nein
- Ist eine Aufstehhilfe vorhanden?       Ja       Nein
- Ist eine Person vor Ort, die beim Transfer helfen kann?       Ja       Nein

## 6.5 Toilette/Stuhlgang

- Urin       selbstständig       mit Hilfe       Dauerkatheter       Urinkondom
- Teilinkontinent       Vollinkontinent
- Stuhlgang       selbstständig       mit Hilfe       Stoma       Windel
- Teilinkontinent       Vollinkontinent

## 7. Angaben zur Tätigkeit

- kochen       bügeln       Wäsche waschen
- Wohnung/Haus putzen       einkaufen gehen       Auto fahren
- zum Arzt begleiten       Freizeitgestaltung       leichte Gartenarbeit
- Hilfe bei Körperpflege       spazieren gehen       umlagern im Bett
- Sonstige Aufgaben

Sind Haustiere vorhanden?       Nein       Ja, ein/e     

## 8. Nachtarbeit

- Nachtarbeit notwendig       Ja       Nein
- Nachruhe Patient      von ca.  Uhr bis ca.  Uhr
- Durchschlafen möglich?       Ja       Nein
- Tag/Nachtrhythmus gestört?       Ja       Nein
- Wie oft muss nachts aufgestanden werden?       1 mal       2 - 3 mal       4 mal und mehr

Grund für die Nachtarbeit

## 9. Ambulanter Pflegedienst

- Kommt ein Ambulanter Pflegedienst?  Ja  Nein
- Wird der Ambulante Pflegedienst beibehalten?  Ja  Nein
- Wann kommt der Ambulante Pflegedienst?  Früh  Mittag  Abend

Welche Tätigkeiten übernimmt der ambulante Pflegedienst?

## 10. Personalanforderung

Deutschkenntnisse:

- kaum Deutsch  einfaches Deutsch  gutes Deutsch  sehr gutes Deutsch
- Alter der Betreuungskraft  20 - 30  30 - 40  40 - 50  egal
- Rauchen  Ja  nur außerhalb des Hauses  Nein
- Pflegeerfahrung  Ja  Nein
- Kochkenntnisse  Ja  Nein
- Geschlecht  weiblich  männlich  egal
- Führerschein  ja, wichtig  egal

## Ergänzende Fragen, bei zwei Personen im Haushalt

### Angaben zur Person 2

Vorname

Nachname

Gewicht

Größe (cm)

Geburtsdatum

Ist die zweite Person pflegebedürftig?  Ja  Nein

Nachfolgende Fragen sind nur auszufüllen, wenn die zweite Person pflegebedürftig ist.

### Pflegegrad Person 2

- Pflegegrad 1  Pflegegrad 2  Pflegegrad 3  Pflegegrad 4  Pflegegrad 5
- Es liegt kein Pflegegrad vor  Pflegegrad ist beantragt

### Geistiger Zustand Person 2

- klar  teilnahmslos  verwirrt  orientierungslos  aggressiv

## Mobilität Person 2

- läuft alleine       Gehhilfe/ Rollator       Rollstuhl       bettlägerig
- Transfer vom Bett in den Rollstuhl notwendig?       Ja       Nein
- Kann der Patient beim Transfer aktiv unterstützen?       Ja       Nein
- Ist ein Pflegebett mit Galgen vorhanden?       Ja       Nein
- Ist eine Aufstehhilfe vorhanden, oder beantragt?       Ja       Nein
- Ist eine Person vor Ort, die beim Transfer helfen kann?       Ja       Nein

## Toilette/Stuhlgang Person 2

- Urin       selbstständig       mit Hilfe       Dauerkatheter       Urinalkondom
- Teilinkontinent       Vollinkontinent
- Stuhlgang       selbstständig       mit Hilfe       Stoma       Windel
- Teilinkontinent       Vollinkontinent

## Krankheiten Person 2

- Alzheimer       Demenz       Schlaganfall       Herzinfarkt       MS-Patient
- Parkinson       Bluthochdruck       Herzinsuffizienz       Diabetes       schwerhörig
- sehbehindert       Tumor       Druckgeschwür       Depression       Unruhe
- Angststörung       Hinlauftendenz       Allergien

sonstige Krankheiten     

Liegen ansteckende Krankheiten vor?       Ja       Nein

Wenn ja, welche     

## Datenschutzerklärung/Unterschrift

- Ich akzeptiere die Datenschutzerklärung der Adrina GmbH. Die Datenschutzerklärung ist einzusehen unter: <https://www.adrina-pflege.de/datenschutzerklaerung/>. Ferner gebe ich mein Einverständnis, dass die Adrina GmbH die in diesem Fragebogen enthaltenen persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Bearbeitung meiner Anfrage verwenden darf. Ich bestätige hiermit, zur Weiterleitung der Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, für Rückfragen zu meiner Anfrage von der Adrina GmbH kontaktiert zu werden.
- Ich bestätige, die Angaben im Fragebogen nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum, Ort, Unterschrift/Signatur (Vor- und Nachname)