



Der Fragebogen ist Grundlage für die Auswahl einer passenden Betreuungskraft. Deshalb ist es wichtig, dass Sie den Fragebogen gewissenhaft und ehrlich ausfüllen. Wenn Sie sich bei der einen oder anderen Frage unsicher sind, können wir Sie sehr gerne telefonisch unterstützen. 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

Geisenhausenener Straße 11A
81379 München

Telefon: 089 / 709 577 22
Fax: 0881 / 122 304 39
E-Mail: info@adrina.de

1. Ansprechpartner für die Adrina GmbH

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"/>		

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 m²

Lage Großstadt Kleinstadt Dorf

Ist ein Zimmer für die Pflegekraft vorhanden? Ja Nein Wohnfläche m²

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

Eigene Toilette für die Betreuungskraft? Ja Nein

Eigene Dusche für die Betreuungskraft? Ja Nein

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?

Wer soll den Einkauf übernehmen? Betreuungskraft Angehörige

Wohnen Angehörige in der Nähe?

6. Angaben zum Gesundheitszustand

6.1 Pflegegrad

Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Kein Pflegegrad Pflegegrad ist beantragt Höherstufung ist beantragt

6.2 Krankheiten

Alzheimer Demenz Schlaganfall Herzinfarkt MS-Patient

Parkinson Bluthochdruck Herzinsuffizienz Diabetes schwerhörig

sehbehindert Tumor Druckgeschwür Depression Unruhe

Angststörung Hinlauftendenz Stoma PEG-Sonde COPD

Allergien

sonstige Krankheiten

Liegen ansteckende Krankheiten vor? Ja Nein

Wenn ja, welche?

6.3 Geistiger Zustand

klar teilnahmslos verwirrt orientierungslos aggressiv

6.4 Kommunikation

	altersgemäß	eingeschränkt	stark eingeschränkt
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.5 Mobilität

läuft alleine Gehhilfe/ Rollator Rollstuhl bettlägerig

Transfer vom Bett in den Rollstuhl notwendig? Ja Nein

Kann der Patient alleine aufstehen? Ja Nein

Kann der Patient alleine stehen? Ja Nein

Festhalten an der Betreuungskraft beim Aufstehen notwendig? Ja Nein

Ist Heben des Patienten (unter den Achseln) notwendig? Ja Nein

Ist ein Pflegebett mit Galgen vorhanden? Ja Nein

Ist eine Person vor Ort, die beim Transfer helfen kann? Ja Nein

6.6 Hilfsmittel

Aufstehhilfe Treppenlift Badewannenlift Toilettenstuhl

Duschstuhl Dekubitusmatraze Gehstock Rollator

6.7 Hygiene

	selbstständig	Unterstützung	stark eingeschränkt
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen im Bett notwendig?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Anmerkungen

6.8 Nahrungsaufnahme

	selbstständig	Unterstützung	stark eingeschränkt
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen	<input type="text"/>		

6.9 Toilette/Stuhlgang

Urin	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Urinalkondom
	<input type="checkbox"/> Teilinkontinent	<input type="checkbox"/> Vollinkontinent	<input type="checkbox"/> Windel	
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Windel
	<input type="checkbox"/> Teilinkontinent	<input type="checkbox"/> Vollinkontinent		

7. Tagesablauf

Schläft der Patient die Nacht durch? Ja Nein

Wie oft steht der Patient in der Nacht auf? 1 mal 2 - 3 mal 4 mal und mehr

Soll die Betreuungskraft in der Nacht unterstützen? Ja Nein

Warum steht der Patient auf?

Tag/Nachtrhythmus gestört? Ja Nein

Nachtruhe Patient von ca. Uhr bis ca. Uhr

Frühstück ca. Uhr

Mittagessen ca. Uhr

Abendessen ca. Uhr

Anmerkungen

8. Ambulanter Pflegedienst/Tagespflege

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?

Geht der Patient in die Tagespflege? Ja Nein

Wenn ja, wie oft? einmal pro Woche zweimal pro Woche

9. Aufgaben der Betreuungskraft

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> kochen | <input type="checkbox"/> bügeln | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen |
| <input type="checkbox"/> Wohnung/Haus putzen | <input type="checkbox"/> einkaufen gehen | <input type="checkbox"/> Auto fahren |
| <input type="checkbox"/> zum Arzt begleiten | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung | <input type="checkbox"/> spazieren gehen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Aufgaben | <input type="text"/> | |

* Fensterputzen, Grundreinigung und Gartenarbeit gehören in der Regel nicht zum Aufgabenumfang der Betreuungskräfte

Sind Haustiere vorhanden? Nein Ja, ein/e

10. Anforderungen an die Betreuungskraft

- kaum Deutsch

Eine Kommunikation in Deutsch ist nur routinestärklich möglich. Es werden nur einfachste Wörter aus dem alltäglichen Betreuungsumfeld verstanden.

- kommunikatives Deutsch

Es werden die wesentlichen Hauptpunkte verstanden, wenn klare Sprache verwendet wird. Es ist eine einfache Kommunikation möglich, soweit es um vertraute Dinge im Rahmen der Arbeit oder Freizeitgestaltung geht.

- gutes Deutsch

Eine spontane und fließende Kommunikation über ein normales Thema in Deutsch ist möglich. Ein normales Gespräch in Deutsch ist für beide Seiten ohne Anstrengung möglich.

- sehr gutes Deutsch

Kann praktisch alles, was er/sie sieht oder hört, mühelos verstehen. Kann sich spontan, sehr flüssig und genau ausdrücken. Erfassung und Diskussion komplexer Sachverhalte sind möglich.

- | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------|
| Alter der Betreuungskraft | <input type="checkbox"/> 20 - 30 | <input type="checkbox"/> 30 - 40 | <input type="checkbox"/> 40 - 50 | <input type="checkbox"/> egal |
| Rauchen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nur außerhalb des Hauses | <input type="checkbox"/> Nein | |
| Pflegeerfahrung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Kochkenntnisse | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> egal | |
| Führerschein | <input type="checkbox"/> ja, wichtig | <input type="checkbox"/> von Vorteil | <input type="checkbox"/> egal | |
| Können Sie die Betreuungskraft vom Zentralen Busbahnhof (ZOB) abholen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | |

Ergänzende Fragen, bei zwei Personen im Haushalt

Angaben zur zweiten Person

Vorname

Nachname

Gewicht

Größe (cm)

Geburtsdatum

Pflegegrad der zweiten Person

- Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5
 Kein Pflegegrad Pflegegrad ist beantragt Höherstufung ist beantragt

Ist die zweite Person pflegebedürftig?

 Ja Nein

Bei zwei pflegebedürftigen Personen, bitte je Person einen Fragebogen ausfüllen.

Wie sind Sie auf unsere Dienstleistung aufmerksam geworden?

- Krankenhaus Arzt Flyer Internet Freunde/Bekannte

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 bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

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