



Der Fragebogen ist die Grundlage, um Ihnen passende Betreuungskräfte vorschlagen zu können. Deshalb ist es sehr 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 am PC im PDF-Formular ausfüllen, speichern und per E-Mail an **info@adrina.de** senden. Sie können den Fragebogen auch ausdrucken, handschriftlich ausfüllen und uns per Post oder Fax zukommen lassen.

**Adrina GmbH**  
Merckstraße 3  
82362 Weilheim

Telefon: 0881 / 122 304 38  
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  m<sup>2</sup>

Lage  Großstadt  Kleinstadt  Dorf

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

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 mal  3 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  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  von Vorteil  egal

Können Sie die Betreuungskraft vom Zentralen Busbahnhof (ZOB) abholen?  Ja  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)