



Fragebogen zur Vermittlung einer Dienstleistung

Anzahl der Dienstleistungsempfänger: _____

1 = Es handelt sich um 1 Dienstleistungsempfänger, der betreut werden soll.

2 = Es handelt sich um 2 Dienstleistungsempfänger, die zusammen von einer Haushaltshilfe betreut werden sollen (z. B. Ehepaar). In diesem Fall füllen Sie bitte das Formular jeweils einmal für jeden Dienstleistungsempfänger aus.

1. Informationen über den Dienstleistungsempfänger

a) zur Person

Herr Frau

(Vor- und Nachname)

(Straße und Hausnr.)

(PLZ, Ort)

(Geburtsdatum)

(Gewicht in kg)

b) Krankheiten

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehbehinderung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Dauerkatheder | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> geist. Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Dialysepatient | <input type="checkbox"/> künstlicher
Darmausgang | <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf-
erkrankung | <input type="checkbox"/> Alzheimer/Demenz |
| <input type="checkbox"/> Allergien/Sonstige, und zwar folgende: | | | <input type="checkbox"/> keine |

c) Beweglichkeit

- Gehstock Rollatornutzung Rollstuhlnutzung Bettlägerigkeit
 kaum eingeschränkt

d) Nachtruhe

- ungestört manchmal gestört mehrfach gestört

e) Desorientierung

- zum Ort zur Zeit zu Personen keine



f) Kommunikationsschwächen

- | | | | | |
|----------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Sehschwäche | <input type="checkbox"/> keine/kaum | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> blind |
| Sprechprobleme | <input type="checkbox"/> keine/kaum | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> stumm |
| Hörschwäche | <input type="checkbox"/> keine/kaum | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> taub |

g) Pflegegrad

- kein Pflegegrad (1-5): _____

h) Ist ein mobiler Pflegedienst im Einsatz?

- nein ja; Häufigkeit: _____-mal pro Tag
 ja; Häufigkeit: _____-mal pro Woche

i) Wie viele Personen leben im Haushalt? _____

j) Welche Haustiere gibt es im Haushalt des Dienstleistungsempfängers?

- keine Hund Katze
 Sonstige, und zwar: _____

k) Sonstiges

Weitere Informationen über den Dienstleistungsempfänger:

2. Anforderungen an die Haushaltshilfe/Pflegekraft

Bitte beachten Sie: Wir für Sie 24h-Betreuung vermittelt keine medizinische Pflege.

a) Hilfe beim

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> Toilettengang | <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden | <input type="checkbox"/> Begleiten zu verschiedenen Terminen |
| <input type="checkbox"/> Essen/Trinken | <input type="checkbox"/> Gehen | <input type="checkbox"/> Windeln wechseln | |

b) Anheben

- muss angehoben werden kann mithelfen
 Es gibt folgende unterstützende Hilfsmittel: _____

c) Betreuung in der Nacht

- nicht erforderlich ja, sie sollte etwa folgendermaßen erfolgen: _____



d) Hilfe im Haushalt

Einkaufen Wäsche waschen Bügeln Staubsaugen

Kochen für _____ Personen (inkl. Haushaltshilfe/Pflegekraft)

Putzen von ca. _____ qm Fläche

Reinigen von _____ Fenstern

Blumengießen von ca. _____ Zimmerpflanzen

Leichte Gartenarbeit, und zwar _____

Weitere Tätigkeiten: _____

e) Geselligkeit

Vorlesen Spielen, z. B. folgende Spiele: _____

3. Welche Voraussetzungen sollte die Haushaltshilfe/Pflegekraft erfüllen?

a) Geschlecht

weiblich männlich unwichtig

b) Alter: von _____ bis _____ Jahre

c) Deutsche Sprachkenntnisse

gut befriedigend gering

d) Führerschein und Fahrpraxis

ja nein unwichtig

e) Rauchen

nicht erlaubt erlaubt nur draußen erlaubt

4. Gewünschter Beginn der Dienstleistung

Ab folgendem Datum: _____



5. Kommunikation

a) Ist Internet für die Betreuungsperson verfügbar?

ja nein

b) Kann eine Telefon-Flatrate für das EU Ausland der Betreuungsperson zur Verfügung gestellt werden?

ja nein

6. Ihre Kontaktdaten

Herr Frau

(Vor- und Nachname)

(Straße und Hausnr.)

(PLZ, Ort)

(Telefon)

(E-Mail-Adresse)

Wie haben Sie von uns erfahren?

- Flyer Anzeige Veranstaltung/
Messe Internetsuche, z. B.
Google/Bing
- Bekannte/
Verwandte
- Sonstiges, und zwar: _____

Bitte senden Sie diesen Fragebogen ausgefüllt per Fax, per Post oder als Scan per Mail an Wir für Sie 24h-Betreuung. Wir werden Sie kurzfristig informieren, Ihnen ein entsprechendes Angebot erstellen und den Vermittlungsauftrag zukommen lassen.

- Ich stimme zu, dass ich die Datenschutzerklärung unter www.wfs24b.de/datenschutz zur Kenntnis genommen habe und dass meine Angaben und Daten zur Beantwortung meiner Anfrage elektronisch erhoben und gespeichert werden. Hinweis: Sie können Ihre Einwilligung jederzeit per E-Mail an info@wfs24b.de widerrufen. (*Pflichtangabe)*

(Datum, Unterschrift)