

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

1. KONTAKTPERSON

Name: _____
 Vorname: _____
 Verwandtschaft mit der zu betreuenden Person: _____
 Straße: _____
 PLZ/ORT: _____
 Telefon: _____
 E-Mail: _____

2. BETREUENDE PERSON

Name/Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Größe: _____
 Gewicht: _____
 Straße: _____
 PLZ/ORT: _____
 Telefon: _____

3. ANGABEN ZUR PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Pflegegrad:	kein Pflegegrad	1.	2.	3.	4.	5.
	Beantragt	1.	2.	3.	4.	5.

4. LEIDEN SIE AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Asthma	Depression	Inkontinenz
Alzheimer	Diabetes	multiple Sklerose
Altersbed. Gehschwäche	Diabetes (insulinpflichtig)	Osteoporose
chronische Durchfälle	Herzinfarkt	Parkinson
Dekubitus	Herzinsuffizienz	Rheuma
Demenz	Hypertonie	Schlaganfall
Stoma	Tumor	re
Sonstige Krankheiten oder Behinderungen: _____		

5. GRUNDSÄTZLICHE FRAGEN

Ist die zu betreuende Person bettlägerig?	Ja	Nein
Muss die zu betreuende Person gelagert werden?	Ja	Nein
Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer?	Ja	Nein
Leidet die zu betreuende Person an die Schlafstörungen?	Ja	Nein
Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?	Ja	Nein
Ist die zu betreuende Person Raucher?	Ja	Nein
Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen?	Ja	Nein
Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?	Ja	Nein
Soll der ambulante Pflegedienst weiterhin kommen?	Ja	Nein
Wenn ja, wie oft täglich? Für welche Tätigkeiten?		

Mit wem wohnt die zu betreuende Person zusammen?

Ich erkläre hiermit, dass die zu betreuende Person, und alle Mitbewohner, nicht an ansteckenden Krankheiten leiden.

Unterschrift des Kunden bzw. Bevollmächtigten

6. KOMMUNIKATION

Hören	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Sehen	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Sprechen	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hilfsmittel	Brille	Hörgerät	
	Sonstige: _____		

7. ORIENTIERUNG

Zeitlich	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Örtlich	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Persönlich	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt

8. SICH BEWEGEN

Gehen	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Stehen	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hilfsmittel:	Stock	Dekubitusmatratze	Pflegebett
	Badewannenlift	Nachtstuhl	Rollstuhl
	Rollator	Sonstige_____	

9. HYGIENE

Duschen	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hautpflege	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Mundpflege	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Haarpflege	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Intimpflege	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Handpflege	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Fußpflege	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Rasieren	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt

10. ESSEN UND TRINKEN

Essen	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Trinken	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Kauen, Schlucken	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Ernährungszustand		Normal Fettleibig	Unterernährt Entwässert
Kost		Normal Vegetarisch Sonderkost	Diabetes Vollwert
PEG Sonde		Ja	Nein

11. AUSSCHIEDUNGEN

Urininkontinenz	ja	nein	gelegentlich
Stuhlinkontinenz	ja	nein	gelegentlich
Hilfsmittel:	Blasenkatheter		Urinflasche
	Windeln		Vorlagen

12. SICH KLEIDEN

Ankleiden	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Auskleiden	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt

13. SCHLAFEN

Einschlafstörungen	Ja	Nein
Durchschlafstörungen	Ja	Nein
Medikamente:	_____	

14. THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

Ergotherapie	Ja	Nein
Musiktherapie	Ja	Nein
Logopädie	Ja	Nein
Krankengymnastik	Ja	Nein

15. HOBBY UND CHARAKTER/ ZUSÄTZLICHE BEMERKUNGEN

Beschreiben Sie bitte in ein paar Worten den Charakter der zu betreuenden Person:

16. ANGABEN ZUR GEWÜNSCHTEN BETREUUNGSKRAFT

Geschlecht	Frau	Mann	Irrelevant
Alter	von/bis: _____ Jahre		Irrelevant
Kann der Betreuungskraft ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden? (Wenn nicht, kann die Leistung nicht erbracht werden)			
	Ja	Nein	
Soll der Betreuer/die Betreuerin Nichtraucher(in) sein?			
	Ja	Irrelevant	
Soll der Betreuer/die Betreuerin Führerschein besitzen?			
	Ja	Nicht nötig	
Andere gewünschte Kompetenzen: _____			
Vorgesehene Einsatzdauer: _____ Einsatzbeginn _____			

17. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT DER BETREUUNGSKRAFT

kochen	einkaufen gehen	Wäsche waschen	bügeln
Freizeit	spazieren gehen	Auto fahren	Arztbesuche
Haustiere versorgen (welche) _____			

18. BESCHREIBUNG DER UNTERKUNFT

Großstadt	Kleinstadt	Ländlich/Dorf
In einem Mehrfamilienhaus	Einfamilienhaus	Mit Garten
Wohnungs-/Hausgröße: ca. ____ qm	Anzahl der Wohnräume: _____	
Zugang zur Wohnung (Treppen, Aufzug, ebenerdig): _____		
Haustiere: _____	Sonstige: _____	

Zimmerausstattung für die Betreuungskraft

Eigenes Bad	Radio	Bett
TV	Schrank	Tisch
Internetzugang	Computer	

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß)

ca. 10 Min.	ca. 20 Min.	ca. 30 Min	Wird von der Familie erledigt
-------------	-------------	------------	-------------------------------

19. SPRACHKENNTNISSE DER BETREUUNGSKRAFT

Der Preis ist abhängig von dem Pflegegrad der zu betreuenden Person, dem Leistungsaufwand wie auch den Qualifikationen und Sprachkenntnissen der Betreuerin.

Kaum Deutsch

Mit Geduld können Sie Geld sparen. Wenn Sie der Betreuungskraft Zeit geben und nicht große Spracherwartungen haben, wird es für Sie zum Vorteil. Die Betreuungskraft spricht und versteht Internationalismen und macht sich auch mithilfe von nonverbaler Kommunikation verständlich.

Grundsprachkurs absolviert

Die Betreuungskraft versteht alltägliche Ausdrücke und ganz einfache Sätze. Sie antwortet mit Einzelwörter. Sie verfügt über einen Grundwortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich.

Ausreichendes Deutsch

Diese Betreuungskraft kann vertraute, alltägliche Ausdrücke und ganz einfache Sätze verstehen und verwenden. Sie versteht einfache Fragen und kann diese auch beantworten. Sie verfügt über einen ausreichenden Wortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich.

Kommunikatives Deutsch

Diese Betreuungskraft kommuniziert in einfachen Sätzen. Sie kann sich so verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist. Sie verfügt über einen erweiterten Wortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich.

Gutes Deutsch

Die Verständigung funktioniert ohne Probleme und in vollen Sätzen. Meistert die Alltagssituationen und Gespräche und zeigt einen sicheren Umgang mit der deutschen Sprache. Sie verfügt über einen umfangreichen Wortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich.

Sehr gutes Deutsch

Die Kommunikation verläuft ganz leicht, fließend. Diese Betreuungskraft verfügt oft über andere Betreuungskompetenzen wie große Erfahrung oder Schulungen in der Alten-, Krankenpflege.

Beachten Sie bitte, dass die jeweiligen sprachlichen Kompetenzen einer Betreuungskraft im großen Maße von ihrer Persönlichkeit und Erfahrung abhängig ist.

Haben Sie schon eine Pflegebetreuung beschäftigt? Ja Nein
Falls ja, auf welche Weise wurde die Person vermittelt? Personalagentur Privat

Wie sind Sie auf E P Emphatisch und Professionell Seniorenbetreuung sp. z o.o. aufmerksam geworden?

Internet	Sozialstation	Pflegedienst
Pflegestützpunkt	Empfehlung	Krankenhaus/Arzt

Wie möchten Sie Ihre Rückantwort erhalten?

E-Mail	Telefon
--------	---------

Was ist Ihnen für die Betreuung am wichtigsten?

Ort, Datum

_ Unterschrift EPS
Personal Care Services S p z o.o.

Ort, Datum

Unterschrift EPS
Personal Care Services S p z o.o.

Datenschutzerklärung /Einverständniserklärung

Hiermit willige ich in die Erhebung, Verarbeitung der von mir oben angegebenen Personalangaben und Gesundheitsdaten durch EPS Personal Care Services S p z o.o. zum Zwecke der Erbringung von Betreuungsdienstleistungen ein.

Ort, Datum

Unterschrift EPS
Personal Care Services S p z o.o.

Eine Datenerhebung sowie Datenverarbeitung ist nur gestattet, wenn Sie den Betreuungsfragebogen ausdrucken und die Datenschutzerklärung unterzeichnen. Fehlt Ihre Unterschrift, darf EPS Personal Care Services S p z o.o. u.a. Ihre Daten nicht an den Partner weiterleiten; ihre Daten werden gelöscht. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Einverständnis zu Marketingzwecken

Meine personenbezogenen Daten werden an EPS Personal Care Services S p z o.o. weitergeleitet und dazu verwendet, mich per E- Mail oder telefonisch zu Zwecken des Direktmarketings zu kontaktieren (nach Art. 172 des Gesetzes zum Telekommunikationsrecht vom 16. Juli 2004, umgesetzt aufgrund der Richtlinie 95/46/ EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 24. Oktober 1995 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (Datenschutzrichtlinie)).

Ich bin damit einverstanden

Ich bin damit nicht einverstanden

Ort, Datum

Unterschrift EPS
Personal Care Services S p z o.o.

Die Angabe Ihrer Daten ist freiwillig. Sie haben jederzeit Zugang zu den von Ihnen hinterlegten Daten und können diese jederzeit ändern und löschen lassen.

Der Verwalter Ihrer Personendaten ist EPS Personal Care Services S p z o.o. mit Sitz in 45-058 Opole, ul. Ozimska 40/301. Die Daten werden zum Zweck der Betreuungsdienstleistungen verarbeitet. Die Angabe der Daten ist freiwillig, aber notwendig für die Realisierung des obengenannten Zwecks und zum Schutz Ihrer Gesundheit. Sie haben das Auskunfts- und Berichtigungsrecht in Bezug auf Ihre Daten.