



Dieser Erhebungsbogen ist sorgfältig und genau auszufüllen. Umso mehr und genauere Angaben Sie uns machen, umso besser können wir unsere Leistungen auf Sie bzw. auf den Pflege- und Betreuungsbedürftigen abstimmen. Bitte kreuzen oder füllen sie die entsprechenden Kästchen bzw. Felder an/aus.

### Daten der zu betreuenden Person

#### 1. Person:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Familienstand:  ledig  verh.  gesch.  verw.

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

### Wie kann der Zustand der pflegebedürftigen Person beschrieben werden

Pflegegrad/beantragter Pflegegrad:  0  1  2  3  4  5

Geistig:  klar  teilnahmslos  verwirrt  nicht ansprechbar  sonstiges \_\_\_\_\_

Körperlich:  krank  fit  sonstiges \_\_\_\_\_

Bewegt sich:  selbstständig  mit Hilfe  Rollstuhl/Rollator  bettlägerig

Altersdemenz:  ja  nein

Wenn ja in welchem Maße \_\_\_\_\_

Toilette:  selbstständig  mit Hilfe  Teilinkontinenz

Windeln:  ja  nein

Katheter:  ja  nein

Nachtwache notwendig:  ja  nein

Wenn ja, wie oft und welche:

Leidet an:

Kommt regelmäßig ein ambulanter Pflegedienst:  ja  nein

Wenn ja, wie oft und welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst:



**2. Person:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Familienstand:  ledig  verh.  gesch.  verw.

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

**Zweite Person pflegebedürftig:**  ja  nein (wenn ja, bitte weiter ausfüllen!)

**Wie kann der Zustand der pflegebedürftigen Person beschrieben werden**

**Pflegegrad/beantragter Pflegegrad:**  0  1  2  3  4  5

**Geistig:**  klar  teilnahmslos  verwirrt  nicht ansprechbar  sonstiges \_\_\_\_\_

**Körperlich:**  krank  fit  sonstiges \_\_\_\_\_

**Bewegt sich:**  selbstständig  mit Hilfe  Rollstuhl/Rollator  bettlägerig

**Altersdemenz:**  ja  nein

Wenn ja in welchem Maße \_\_\_\_\_

**Toilette:**  selbstständig  mit Hilfe  Teilinkontinenz

**Windeln:**  Ja  nein

**Katheter:**  ja  nein

**Nachtwache notwendig:**  ja  nein

Wenn ja, wie oft und welche:  
\_\_\_\_\_

**Leidet an:**  
\_\_\_\_\_

**Kommt regelmäßig ein ambulanter Pflegedienst:**  ja  nein

Wenn ja, wie oft und welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst:  
\_\_\_\_\_



**Folgende Tätigkeiten sind für die betreuenden Person/en zu leisten:**

---

---

---

---

---

---

**Andere Aufgabenbereiche:**

**Einkaufen – Versorgung mit Grundnahrungsmitteln:**  nein  ja

übernimmt Betreuer/in mit Haushaltsgeld und wöchentlicher Abrechnung

übernimmt ein Familienmitglied in Absprache mit Betreuer/in und Kunden

**kochen:**  ja  nein

**putzen:**  ja  nein

**Wäsche waschen:**  ja  nein

**bügeln:**  ja  nein

**Hobbies der pflegebedürftigen Person/en** \_\_\_\_\_

**Benötigter Pflege-Betreuungsumfang:**  24h  sonstiges \_\_\_\_\_

**Gewünschte Betreuungsdauer:**  langfristig  nur für kurze Zeit (mind. 4 Wochen)

steht noch nicht fest

**Wechsel möglich nach ca.:**  4-6 Wochen  länger

**Wohnverhältnisse der Pflegebedürftigen Person:**

**Lage:**  Stadt  Dorf  ländlich

**Objekt:**  Haus  Wohnung - wie viele Zimmer \_\_\_\_\_

Wenn Wohnung, in welchem Stock \_\_\_\_\_ Lift vorhanden:  ja  nein

**Wohnfläche des Objektes ca. in m<sup>2</sup>** \_\_\_\_\_

davon regelmäßig zu putzende Räume ca. in m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

**Barrierefreier Ausbau des Hauses oder Wohnung:**  ja  nein

**Behindertengerechtes Badezimmer:**  ja  nein

**Entfernung zu nächster Einkaufsmöglichkeit in km** \_\_\_\_\_



Anzahl der Personen im Haushalt \_\_\_\_\_

Fallen für diese Personen Arbeiten an, wenn ja welche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht:  weiblich  männlich  kein spezieller Wunsch

Pflegeerfahrung:  ja  nein

medizinisch ausgebildete Kraft  Haushaltshilfe zur besseren Bewältigung des Alltages

körperliche Belastbarkeit (z.B. beim Umsetzen des Kunden)

stressbedingte Belastbarkeit (z.B. bei Demenzschub)

Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Deutschkenntnisse:  gut  kommunikativ  Grundkenntnisse  egal

Kochkenntnisse:  ja  nein

Raucher:  ja  nein

Führerschein:  ja  nein  egal

### Gewünschte Eigenschaftender Betreuungskraft

---

---

---

### Unterkunft der Betreuungskraft am Betreuungsort

Objekt:  Haus  Wohnung

Wie viele Zimmer stehen der Betreuungskraft zur Verfügung \_\_\_\_\_

Lage:  Stadt  Dorf  ländlich/abgelegen

Ausstattung der Unterkunft:  Internet  eigenes Bad  TV  sonstiges

### Sonstige Wünsche oder Angaben

---

---

---



### Daten zum Auftraggeber

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ ORT \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum / Unterschrift

### Datenschutzerklärung

Wir erklären hiermit,  
dass wir die Erhebung der vorgenannten Daten nur zur Nutzung der Erstellung eines Betreuungsprofils  
verwenden. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt durch uns ohne ihr Einverständnis nicht.  
Bei Beendigung des Betreuungsverhältnisses werden die Daten vernichtet.

Datum/ Ort : \_\_\_\_\_ Unterschrift

Firmenstempel: