

**01**

## BETREUUNGSBOGEN

### 1. Angaben zum Auftraggeber (Kontaktperson)

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

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur zu betreuenden Person (Leistungsempfänger)

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Raucher  ja  neinLeben im Haushalt Haustiere?  ja  neinWelche?  Hund  Katze  Vogel Sonstiges \_\_\_\_\_

Beschreibung der Unterkunft:

Die zu betreuende(n) Person(en) lebt / leben

 in einem Haus  in einer Wohnung  mit Garten

mit \_\_\_\_\_ qm, Anzahl der Zimmer \_\_\_\_\_

**3. Angaben zur Pflegebedürftigkeit**Pflegestufe  keine Pflegestufe  1  2  3  HärtefallIst ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?  ja  neinSoll der ambulante Pflegedienst weiterhin kommen?  ja  neinWird Unterstützung bei der Mobilisierung benötigt?  ja  nein beim Aufstehen  beim Gehen  beim Treppensteigen  BettlägerigLiegt eine Inkontinenz vor?  nein  Urininkontinenz  Stuhlinkontinenz

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

 Brille  Hörgerät  Rollstuhl  Rollator Vierpunkt-Stock  Nachtstuhl  Badewannenlift  Treppenlift Sonstige: \_\_\_\_\_

Welche Krankheitsbilder sind bekannt (z. B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz, etc.)?

---

---

---

---

**03****3. Angaben zur Pflegebedürftigkeit**

Betreuungsumfang / Tätigkeitsbeschreibung

(z. B. Körperpflege, An- und Ausziehen, hauswirtschaftliche Unterstützung, etc.):

---

---

---

---

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: \_\_\_\_\_

alleinstehend:  ja  nein

falls nein: wie viele Personen leben im Haushalt? \_\_\_\_\_

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?  ja  nein

Wenn eine weitere Person betreut werden muss:

Geschlecht:  männlich  weiblich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ cm

Pflegestufe:  keine Pflegestufe  1  2  3  Härtefall

**4. Angaben zum gewünschten Personal**

Kann dem Personal ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden?

ja  nein

Anforderung an das Personal / gewünschte Leistungen:

Hauswirtschaftliche Unterstützung

24-Stunden Betreuung / Pflege

Urlaubsvertretung / Begleitung

gewünscht wird:

Frau  Mann  egal

Raucher  Nichtraucher  egal

Alter:

20-30  30-40  älter als 40  egal

Führerschein:

ja  nein  egal

gewünschte Sprachkenntnisse:  
Eine Beschäftigung ist möglich

- mit geringen Kenntnissen der deutschen Sprache (Grundkenntnisse, einfache Anweisungen auf Deutsch sollten verstanden werden)
- mit einfachen Kenntnissen der deutschen Sprache (eingeschränkte Unterhaltungen auf Deutsch sollten möglich sein)
- mit mittleren Kenntnissen der deutschen Sprache (einfache Unterhaltungen auf Deutsch sollten möglich sein)
- mit guten Kenntnissen der deutschen Sprache (Unterhaltungen auf Deutsch sollten möglich sein)

**05**

Wie sind Sie auf die Pflegeagentur 24 aufmerksam geworden?

- Seniorenbüro       Familie/Bekannte       Internet       Arzt
- Sozialdienst/Krankenhaus: \_\_\_\_\_
- empfohlen von: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wie möchten Sie Ihre Rückantwort erhalten?

- Email       Telefon       Fax       Post

Haben Sie noch Fragen oder Anregungen?

---

---

---

Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten gespeichert und maschinell verarbeitet werden. Weiterhin versichere ich, dass die persönlichen Daten korrekt und vollständig sind. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung der Interessentenanfrage durch „Pflegeagentur 24“ kontaktiert zu werden.

Bitte senden Sie dieses Formular per Fax, Email oder Post an folgende Adresse.

Pflegeagentur 24 GmbH  
Max-Keith-Straße 42  
45136 Essen

Tel.: 0201 / 240 538 - 0  
Fax: 0201 / 240 538 - 14  
www.pflegeagentur24.de  
info@pflegeagentur24.de

---

Ort, Datum

Unterschrift