



Erhebungsbogen

Unsere Kräfte haben unterschiedliche Qualifikationen und sind im Alter von 21 bis 60. Die Auswahl der Kraft hängt ganz entscheidend von der Situation vor Ort ab und vor allem so wie Sie uns der Betreute beschreiben. Damit wir Ihnen Profile von Kräften zu Ihrer Prüfung zu senden können, bitten wir Sie den Erhebungsbogen so gut als möglich auszufüllen.

A. Kontaktperson / Ansprechpartner:

Vor- und Zuname:

Verhältnis zum Betreuenden:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, ORT:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

B. Allgemeine Angaben zur Betreuung:

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon, E-Mail:

Geschlecht des Patienten

Alter des Patienten (Geburtsdatum)

Gewicht u. Größe des Patienten

Voraussicht. Beginn der Betreuung

Voraussicht. Ende der Betreuung

Pflegestufe

Kommt Pflegedienst?

Falls ja, wie oft / Zeitangaben:

0
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Seniorenbetreuung by EU-Netz s.r.o.,

+49 (0) 7309 8141 3182, +421 (0) 911 529 000, FAX +421 (0) 38 760 0138 ✉ karina.frank@eu-netz.com, sk@eu-netz.com
Geschäftsführer Zuzana Frank, SK 956 55 Banovce n.B., V.Chlievany 151, (ID-Nr./ICO 35792884, USt-ID/DIC SK202149475)

B. Mobilität des Betreuenden

Eingeschränkt -weil,

Bettlägerig (nicht mobil)

Lagerung notwendig?

Hilfsmittel vorhanden?

Sind Körperteile gelähmt, welche?

Gehwagen <input type="checkbox"/>	Rollstuhl <input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> bei Hand <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> kann mithelfen <input type="checkbox"/> nicht mithelfen <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

C. Einschränkungen

Inkontinenz:

Syndrom / Erkrankung:

Sprachstörung? / Hörstörung?

Beim Essen / Sonde?

Beim Trinken?

Sonstige?

Nachteinsatz erforderlich? Wie oft?

Babyphon vorhanden?

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Windeln <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/>
Demenz <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/>	
Stadium:	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> / ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> / ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

D. Erkrankungen des Betreuenden

Bluthochdruck:

Diabetes (Typ):

Herzinsuffizienz:

Allergien, welche:

Sonstige:

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

E. Vorlieben des Betreuenden

Beliebte Unterhaltung:

Fernsehen <input type="checkbox"/>	Literatur/Zeitungen/Zeitschriften <input type="checkbox"/>
Spielen <input type="checkbox"/>	Basteln <input type="checkbox"/> Kirchenbesuche <input type="checkbox"/>
Teilnahme an Veranstaltungen <input type="checkbox"/>	

Beliebte Speisen:

Beliebte Getränke:

Hobbys + Sonstiges:

Beschreiben Sie bitte den
Betreuenden
(Charakteristik, ehem. Beruf,
Interessen):

F. Haushalt

Anzahl der Personen im Haushalt,
außer den zu Betreuenden:

Personen zum Mitversorgen im
Haushalt außer den Betreuenden:

Haustiere (welche + Anzahl):

sind diese auch mitzuversorgen?

Wohnt der Betreute im Haus /
Wohnung?

Umfeld der Umgebung

Versorgung von Haus od. Wohnung?

Leichte Gartenarbeiten gewünscht?

Soll die Betreuungskraft einkaufen
gehen?

Wie weit ist ca. das nächste Geschäft
entfernt?

Erreichbar zu Fuß?

ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Haus <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/>
Stadt <input type="checkbox"/> Land <input type="checkbox"/> Zentral <input type="checkbox"/> Rand <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur Mithilfe <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur Mithilfe <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur Mithilfe <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Auto vorhanden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

H. Anforderungen und Vorstellungen an der Betreuungsperson

Deutschkenntnisse:

Anfängerin (einzelne Worte und einfache Sätze)	<input type="checkbox"/>
Alltagskommunikation in Rahmen des Haushaltes	<input type="checkbox"/>
Kommunikative, problemlose Unterhaltung (auch außer Rahmen des Haushaltes)	<input type="checkbox"/>

Andere Sprachen, die hilfreich bei der Kommunikation sein können:



Erwünschte Voraussetzungen / erwünschtes Alter:

Erwünschte Qualifikation:

erfahrene Betreuerin / zertifizierte Pflegerin / Sanitäterin / Krankenschwester
Sozialarbeiterin / Masseurin / Physiotherapeutin / herzenswarmer Hausfrau 😊

Informationen für die Betreuung:

Steht ein eigenes Zimmer zur Verfügung? ja nein

Steht ein eigenes Bad zur Verfügung? ja nein

Ist min. 2 Stunden Erholungszeit pro Tag möglich? ja nein

Darf die Betreuung rauchen? ja nein nur draußen

Internetanschluss vorhanden? ja nein kann eingerichtet werden

Kontaktperson beim dringenden Notfall – Arzt:

Name:

Telefon:

Zustimmung zur Datennutzung

Gemäß Datenschutzverordnung benötigen wir Ihr ausdrückliches Einverständnis für die Nutzung der Daten zur Erstellung eines Angebotes. In der nachfolgenden Datenschutzerklärung betätigen wir, dass wir Ihre Daten nur zu diesem Zweck verwenden.

Ich bin mit der Verarbeitung der Daten gemäß Datenschutzerklärung einverstanden.

Damit wir noch aktueller sein können und unseren Service verbessern können, bitten wir um die Beantwortung der folgenden Frage- Wie haben Sie und gefunden?

Vielen Dank!

Seniorenbetreuung by EU-Netz s.r.o.,

☎ +49 (0) 7309 8141 3182, +421 (0) 911 529 000, FAX +421 (0) 38 760 0138 ✉ karina.frank@eu-netz.com, sk@eu-netz.com
Geschäftsführer Zuzana Frank, SK 956 55 Banovce n.B., V.Chlievany 151, (ID-Nr./ICO 35792884, USt-ID/DIC SK202149475)