

Betreuungsfragebogen



Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit, um den Fragebogen so genau als möglich ausfüllen zu können. Der Betreuungsfragebogen stellt die wichtigste Grundlage für die Auswahl einer geeigneten Betreuungskraft und die Erstellung eines auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmten Betreuungsplanes dar. Sie können den Fragebogen entweder gleich online ausfüllen und direkt an uns senden, oder Sie drucken ihn aus und senden den Fragebogen nach dem Ausfüllen per Email an: office@treubetreut24.at. Bei Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne auch telefonisch unter +43664/5100 121 zur Verfügung.

Ihr treubetreut24-Team

BIGMATWORK GmbH
Kogelsiedlung 9
8661 St. Barbara im Mürztal
+43664/5100 121
office@treubetreut24.at

Auftraggeber

Vorname, Akad. Grad

Nachname

Straße/Hausnummer/Stiege/Stock

Postleitzahl/Ort

Telefonnummer

E-Mail

Beziehungsverhältnis zur betreuten Person

Ist Rechnungsempfänger

Zu betreuende Person

| | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vorname | Nachname + ggfls. Akad.Grad |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße/Hausnummer/Stiege/Stock | Postleitzahl/Ort |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefonnummer | E-Mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sozialversicherungsnummer | Geburtsdatum |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Größe | Gewicht |

2 Personen Haushalt Lebt eine weitere Person im Haushalt? Ja Nein
wenn ja, bitte weiter ausfüllen Benötigt diese Person auch Unterstützung? Ja Nein

| | |
|---------------------------|-----------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vorname | Nachname + ggfls. Akad.Grad |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefonnummer | E-Mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sozialversicherungsnummer | Geburtsdatum |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Größe | Gewicht |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Größe | Gewicht |
| <input type="text"/> | Beziehungsverhältnis |

Ansprechpartner

| | |
|---|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vorname | Nachname + ggfls. Akad.Grad |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße/Hausnummer/Stiege/Stock | Postleitzahl/Ort |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefonnummer | E-Mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Beziehungsverhältnis zur betreuten Person | <input type="radio"/> Ist Rechnungsempfänger |

Gewünschte Betreuungsart

Wunschstart:

Betreuungsdauer:

- 1 Monat 2 Monate 3 Monate längerfristig

Angaben zum Leistungsempfänger

Pflegestufe:

- keine 1 2 3 4 5 6 7

Bewusstseinslage:

- klar teilweise desorientiert stark desorientiert apathisch

Mobilität:

- uneingeschränkt mit Rollator/Gehstock mit Unterstützung bettlägrig
 im Rollstuhl kann selbstständig stehen bettlägrig mit Mobilisation in Rollstuhl o.ä.
 sonstige Beeinträchtigungen:

Allgemeinzustand:

- Hörstörung Sehstörung Schluckstörung Unruhe
 Schwäche Müdigkeit Appetitlosigkeit
 Schmerzen Sturzgefahr Schwindel

Krankheiten:

- Alzheimer/Demenz Schlaganfall MS-Patient ALS
 Parkinson Diabetes Herz-Kreislaufkrankung
 Bluthochdruck Tumorerkrankung Dekubitus (Druckgeschwür)
 Tracheostoma PEG-Sonde Stoma (Darmausgang, Urinausleitung)
 Depression Osteoporose Rheuma
 COPD-Sauerstoff Demenzeinstufung: 1 2 3

weitere Einschränkungen/Allergien:

Körperpflege:

eigenständig teilweise selbstständig unselbstständig

Toilette:

selbstständig mit Hilfe Katheder
 zeitweise inkontinent ständig inkontinent stuhlinkontinent

Hilfsmittel vorhanden:

Rollator Stock Rollstuhl Pflegebett
 Hebegurt Hebesitz Patientenlift Inkontinenzeinlagen

Ist derzeit ein Pflegedienst vorhanden? Ja Nein

Soll dieser weiter tätig sein? Ja Nein

Hobbys des Leistungsnehmers:**Anmerkungen zum Leistungsnehmer:****Angaben zum Haushalt**

Haushaltsfläche: m² Haus Wohnung

Gibt es Haustiere? Ja Nein Welche?

Gibt es Internet? Ja Nein

Steht ein Auto zur Verfügung? Ja Nein

Anmerkungen zum Haushalt:

Gewünschte Betreuungstätigkeiten

Körperhygiene:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teilwäsche | <input type="checkbox"/> Duschen/Baden | <input type="checkbox"/> Waschen im Bett |
| <input type="checkbox"/> Rasieren | <input type="checkbox"/> Zahnpflege | <input type="checkbox"/> Haarpflege, Hautpflege |
| <input type="checkbox"/> Begleitung zur Toilette | <input type="checkbox"/> Kathederversorgung | <input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim An- und Auskleiden | | |

Essen und Trinken:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einkauf von Lebensmitteln | <input type="checkbox"/> Zubereitung von Mahlzeiten |
| <input type="checkbox"/> Diätküche | <input type="checkbox"/> Verabreichen von Mahlzeiten |
| <input type="checkbox"/> Achten auf Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> Achten auf ausreichendes Essen und Trinken |

Nachtbetreuung:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> regelmäßig mehrmals die Nacht | <input type="checkbox"/> regelmäßig 1-2 mal die Nacht |
| <input type="checkbox"/> fallweise | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> unklar | |

Arbeiten in und ums Haus:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reinigungstätigkeiten | <input type="checkbox"/> Wäscheversorgung |
| <input type="checkbox"/> Gartenarbeiten | <input type="checkbox"/> Haustiere versorgen |

Sonstige:

Aktivitäten außer Haus:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Erledigen von Besorgungen | <input type="checkbox"/> Arztbesuch |
| <input type="checkbox"/> Auto fahren | <input type="checkbox"/> Gemeinsame Ausflüge |

Sonstige:

Freizeitgestaltung:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bewegung fördern | <input type="checkbox"/> Mental fördern | <input type="checkbox"/> Lesen und vorlesen |
| <input type="checkbox"/> Spazieren gehen | <input type="checkbox"/> Spiele spielen | <input type="checkbox"/> Basteln |

Sonstige:

Anmerkungen zu den Betreuungstätigkeiten:

Gewünschte Betreuungskraft

Sprachkenntnisse (Mindestanforderung):

A2 (Grundkenntnisse) B1 (Fortgeschritten) ab B2 (sehr gute Kenntnisse)

Geschlecht:

egal bevorzugt weiblich bevorzugt männlich
 unbedingt weiblich unbedingt männlich

Raucher:

egal Nichtraucher von Vorteil

Führerschein:

egal von Vorteil

Anmerkungen zur Betreuungskraft:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Der Vermittler ist berechtigt, kundenspezifisch erhobene Daten schriftlich und auf EDV-Datenträger zu speichern und im Rahmen der zur Vermittlung notwendigen Tätigkeiten und Datenaustauschvorgänge zu verwenden. Weitere Verwendungsarten oder gar Weitergabe an Dritte außerhalb der eigentlichen Tätigkeit sind ohne vorherige ausdrückliche Genehmigung des Kunden nicht gestattet. Die Daten bleiben für die Dauer eines Vermittlungsvorganges und darüber hinaus für die Dauer eines bestehenden Vertragsverhältnisses gespeichert. Weitere Speicherungen erfolgen zu Buchungszwecken im nötigen Umfang. Der Auftraggeber versichert, Daten vorgestellter BetreuerInnen ausnahmslos nicht an Dritte weiterzuleiten oder Einsicht zu gewähren.

Ort, Datum

Name