



**Nach dem Ausfüllen bitte unbedingt speichern.
Die daten gehen sonst gegebenenfalls verloren.**

Dieses PDF kann wahlweise direkt am Computer ausgefüllt und versendet,
oder ausgedruckt werden.

Fragebogen

– Bitte vertraulich behandeln –

1. Personendaten

Zu Ihrer Person				
Anrede	<input type="checkbox"/>	Herr	<input type="checkbox"/>	Frau
Name, Vorname				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Ort				
Telefon, Handy				
E-Mail-Adresse:				

Ihr Verwandtschaftsverhältnis zur betreuenden Person:

Leistungsempfänger/ betreuungsbedürftige Person(en)													
<input type="checkbox"/>	Eherpaar	<input type="checkbox"/>	Einzelperson										
Name, Vorname													
Geburtsdatum													
Größe													
Gewicht													
Straße, Hausnummer													
PLZ, Ort													
Telefon, Handy													
Pflegestufe		<input type="checkbox"/>	keine	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3				
bzw. Pflegegrad		<input type="checkbox"/>	keine	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5

Soll eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden, füllen Sie bitte einen weiteren Fragenbogen aus.

1. Personendaten

Wer soll der Vertragspartner von Pflegepol werden?			
<input type="checkbox"/>	Antragsteller	<input type="checkbox"/>	Leistungsempfänger

Wer ist Rechnungsempfänger?					
<input type="checkbox"/>	Auftraggeber	<input type="checkbox"/>	betreute Person	<input type="checkbox"/>	Betreuer

2. Wohnsituation der betreuten Person

<input type="checkbox"/>	Ein-/Zweifamilienhaus	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input type="checkbox"/>	Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/>	ca. qm
Wie viele Personen leben im gleichen Haushalt?		<input type="text"/>					

Informationen zur Infrastruktur:							
<input type="checkbox"/>	Großstadt	<input type="checkbox"/>	Kleinstadt	<input type="checkbox"/>	Dorf	<input type="checkbox"/>	ländliche Gemeinde

Öffentliche Verkehrsmittel zu Fuß erreichbar?	<input type="checkbox"/>	keine	<input type="checkbox"/>	bis 10 Minuten	<input type="checkbox"/>	10-15 Minuten
---	--------------------------	-------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------------

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß (Entfernung bis max. 15 Minuten)?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--	--------------------------	----	--------------------------	------

3. Angaben zur Betreuung

Voraussichtliche Betreuungsdauer:						
<input type="checkbox"/>	langfristig	<input type="checkbox"/>	steht noch nicht fest	<input type="checkbox"/>	kurze Zeit, voraussichtlich bis:	<input type="text"/>

Voraussichtlicher Beginn der Betreuung:	<input type="text"/>
--	----------------------

4. Gesundheitliche Angaben

Ist die Person geh fähig?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ist die Person bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/> häufig
Urin-/Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer

Orientierung:					
Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Situativ orientiert?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Personenbezogen orientiert?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer

Kommunikation:	<input type="checkbox"/>	vollständig erhalten			
eingeschränkt beim:	<input type="checkbox"/>	sehen	<input type="checkbox"/>	sprechen	<input type="checkbox"/> hören

Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Toilettenstuhl, Gehwagen, Krankenbett) vorhanden?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
wenn ja, welche:				
Körperliche Behinderungen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
wenn ja, welche:				
Geistige, seelische Behinderungen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
wenn ja, welche:				
Ist die zu betreuende Person frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
wenn ja, welche:				
Folgende Krankheiten (Diagnosen) liegen vor:				

5. Anforderungen an die polnische Betreuungskraft

Deutschkenntnisse:		einfach		kommunikativ		gut		sehr gut
--------------------	--	---------	--	--------------	--	-----	--	----------

Betreuungserfahrung:		wünschenswert		erforderlich		nicht erforderlich
----------------------	--	---------------	--	--------------	--	--------------------

Geschlecht		männlich		weiblich		egal				
Alter:		egal		25-35		35-45		45-55		>55

Unterbringung der Betreuungskraft:									
	1 Zimmer		getrenntes Bad		Fernseher		Internet		

Welche weiteren Wünsche und Erwartungen haben Sie an unsere Mitarbeiter/innen?

5. Anforderungen an die polnische Betreuungskraft

Freizeitgestaltung		
In welchem Umfang wird der Betreuungskraft Freizeit zur Verfügung gestellt?		
<input type="checkbox"/>	2,5 – 3 Std. pro Tag	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1 Tag pro Woche	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1 freies Wochenende pro Monat (freiwillig)	
nach Absprache (nicht weniger als dargestellte Mindestzeit)*		

* bei Nacheinsätzen ist ein zusätzlicher Ausgleich am Tag notwendig

Platz für Besonderheiten Gewohnheiten, die uns noch gerne mitteilen möchten:

Hiermit versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit aller Angaben dieses Fragebogens.

Ort, Datum **

Unterschrift Vertragspartner **

Nicht vollständige oder falsche Angaben können zu einem höheren Kostenaufwand oder zu einer Vertragskündigung führen. PflegePol versichert Ihre Daten vertraulich zu behandeln und nur zum notwendigen Bearbeitungsweck mit den Partnerunternehmen zu verwenden und diese nicht an Dritte weiterzugeben.

** entfällt beim Versenden direkt am Computer.