

1. KONTAKTPERSON

Nachname _____ Vorname _____

Strasse, Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Land _____

Telefon _____ Handy _____

Fax _____ E-Mail _____

Ich suche eine Betreuungskraft für meine/meinen:

Großmutter Großvater Mutter Vater Eltern Großeltern

Schwiegervater Schwiegermutter Schwiegereltern mich selbst

Ehefrau Ehemann andere: _____

2. ANFORDERUNGEN AN DEN/DIE BETREUER(IN)

Geschlecht: weiblich männlich egal

Deutschkenntnisse: keine

einfach mittel gut sehr gut

*einfaches Verstehen, sprechen
fällt noch schwer*

*einfaches Verstehen,
einfaches Sprechen,
eingeschränkte Unterhaltung
ist möglich*

*gutes Verstehen,
Unterhaltung ist möglich*

flüssiges Deutsch

Vorlesen können ist wichtig: ja nein

Raucher(in): keine rauchende Person egal nur draussen möglich ja

Alter: bis 30 ab 30 ab 40 ab 50 egal

Führerschein und Fahrpraxis: nicht benötigt gern gesehen sehr wichtig

Gute Kochkenntnisse: sehr wichtig wichtig es wäre gut nicht so wichtig

Backkenntnisse: sehr wichtig wichtig es wäre gut nicht so wichtig

Weitere Wünsche: _____

Wieviele Personen sollen betreut werden? eine zwei

3. ANGABE ZUR BETREUTEN PERSON 1

Anrede: Herr Frau

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Größe _____ Gewicht _____

Krankheiten und Einschränkungen: _____

Es liegt eine ansteckende Krankheit vor: nein ja welche _____

Es liegt eine Patientenverfügung vor: unklar nein ja

Pflegestufe/ Pflegegrad: wird beantragt keine

0 1 2 3 3+Härtefallregeiung

An - und Auskleiden: selbstständig mit etwas Hilfe nur mit Hilfe unklar

muss komplett an- und ausgezogen werden

andere _____

Hygiene: wäscht sich gern wäscht sich ungern (krankheitsbedingt)

Morgen- und Abendtoilette: unklar selbstständig muss überwacht werden mit etwas Hilfe

muss Betreuer(in) vollständig übernehmen übernimmt Pflegedien Körperpflege im Bett

andere _____

Baden/Duschen: unklar selbstständig mit Überwachung braucht Hilfe

muss Betreuer(in) übernehmen übernimmt Pflegedienst Körperpflege im Bett

andere _____

Aufstehen und Hinsetzen: mit etwas Hilfe (Hand reichen u.a.) benötigt Hilfe, aber eigene Kräfte

selbstständig steht nicht mehr selbstständig, muss gehoben/gestützt werden

bettlägerig unklar

andere _____

- Hilfsmittel: Treppenlift Aufstehhilfe Rollstuhl mit Motor
 Pflegebett Rollator sind noch nicht organisiert
 Haltegriffe im Bad Gehbock Toilettenstuhl Toilettensitzerhöhung
 Verstellbarer Sessel Rollstuhl ohne Motor Hebelifter (mit Tragetuch)

andere _____

- Nachhilfe: schläft die ganze Nacht durch schläft in der Regel die ganze Nacht durch
 wacht auf aber braucht keine Hilfe wacht wegen Angstzuständen auf
 braucht Hilfe wegen Toilettengang-Toilettenstuhl man muss Umlagern/Windel wechseln
 Tag-Nachtrhythmus nicht vorhanden unklar

andere _____

Wie oft muss man zwischen 22-6 Uhr geschätzt Hilfe leisten:

- 1-2 Mal 2-3 Mal öfter als 3 Mal unklar

andere _____

Überwachungssysteme: Babyfon Hausnotruf Kamera Bewegungsmelder keine

andere _____

Wurde ein Pflegedienst beauftragt – für welche Tätigkeiten und wie häufig: _____

4. ANGABE ZUR BETREUTEN PERSON 2

Anrede: Herr Frau

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Größe _____ Gewicht _____

Krankheiten und Einschränkungen: _____

Es liegt eine ansteckende Krankheit vor: nein ja welche _____

Es liegt eine Patientenverfügung vor: unklar nein ja

Pflegestufe/ Pflegegrad: wird beantragt keine

0 1 2 3 3+Härtefallregeiung

An - und Auskleiden: selbstständig mit etwas Hilfe nur mit Hilfe unklar

muss komplett an- und ausgezogen werden

andere _____

Hygiene: wäscht sich gern wäscht sich ungern (krankheitsbedingt)

Morgen- und Abendtoilette: unklar selbstständig muss überwacht werden mit etwas Hilfe

muss Betreuer(in) vollständig übernehmen übernimmt Pflegedien Körperpflege im Bett

andere _____

Baden/Duschen: unklar selbstständig mit Überwachung braucht Hilfe

muss Betreuer(in) übernehmen übernimmt Pflegedienst Körperpflege im Bett

andere _____

Aufstehen und Hinsetzen: mit etwas Hilfe (Hand reichen u.a.) benötigt Hilfe, aber eigene Kräfte

selbstständig steht nicht mehr selbstständig, muss gehoben/gestützt werden

bettlägerig unklar

andere _____

Hilfsmittel: Treppenlift Aufstehhilfe Rollstuhl mit Motor

Pflegebett Rollator sind noch nicht organisiert

Haltegriffe im Bad Gehbock Toilettenstuhl Toilettensitzerhöhung

Verstellbarer Sessel Rollstuhl ohne Motor Hebelifter (mit Tragetuch)

andere _____

Nachhilfe: schläft die ganze Nacht durch schläft in der Regel die ganze Nacht durch

wacht auf aber braucht keine Hilfe wacht wegen Angstzuständen auf

braucht Hilfe wegen Toilettengang-Toilettenstuhl man muss Umlagern/Windel wechseln

Tag-Nachtrhythmus nicht vorhanden unklar

andere _____

Wie oft muss man zwischen 22-6 Uhr geschätzt Hilfe leisten:

1-2 Mal 2-3 Mal öfter als 3 Mal unklar

andere _____

Überwachungssysteme: Babyfon Hausnotruf Kamera Bewegungsmelder keine

andere _____

Wurde ein Pflegedienst beauftragt – für welche Tätigkeiten und wie häufig: _____

5. WICHTIGE FRAGEN FÜR UNSER PERSONAL

Freizeitausgleich wöchentlich: 2x pro Woche mind. 4 Stunden 1x pro Woche mind. 8 Stunden

Täglich Mittagspause von – bis (mind. 2 Stunden): _____

Weitere Details für Freizeitausgleich: _____

Unterkunft der Betreuungskraft:

Zimmer ca. _____ qm

Ausstattung: _____

Toilette: eigene Nutzung gemeinsame Nutzung

Bad/Dusche: eigene Nutzung gemeinsame Nutzung

Andere Informationen zur Unterkunft: _____

Telefonate: Mitbenutzung des Telefons ist möglich Mitbenutzung des Telefons ist nicht möglich

unklar anders _____

Telefon Flatrate nach Polen: nein ja wird beantragt

Günstige Vorwahl nach Polen: _____

Internet WiFi Stick Kabel wird installiert

keine Möglichkeit zur Installation

Hustiere: nein ja

Wenn ja, welche: _____

Fahrrad: nein ja

Ernährung: isst selbstständig Essen muss klein geschnitten werden

muss gefüttert werden Essen muss püriert werden

Magensondenernährung Porternahrung

Schluckprobleme Getränkeaufnahme überwachen unklar

andere _____

Sehen: ganz gut ohne Sehhilfe schlecht sieht wenig Blindheit

Sprechen: ohne Störungen spricht mit Dialekt spricht undeutlich

Aphasie begrenztes Sprechvermögen wegen Demenz

Hören: ganz gut ohne Hörgerät sehr schlecht

man muss laut und deutlich sprechen fast taub taub

wegen Demenz schwierig zu beurteilen

Verständigungsmöglichkeit: ganz gut manchmal gestört je nach Tagesform

leichte Verwirrung starke Verwirrung

eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis

wegen Demenz aggressiv fast keine wegen tiefer Demenz

andere _____

Charaktereigenschaften: freundlich ruhig lieb aktiv
 depressiv misstrauisch gesprächig ängstlich
 Kontrolltyp friedfertig distanziert zuverlässig
 leicht erregbar

andere _____

6. ORGANISATORISCHE FRAGEN

Ansprechpartner für Betreuungskraft vor Ort:

nein (Wenn nein, wie weit wohnen die Familienmitglieder entfernt?)

ja (Wenn ja, wer?) Ehemenn/Lebenspartner Ehefrau/Lebenspartnerin
 Sohn/Tochter alleinstehend Sohn/Tochter mit Familie

andere _____

Betreuungsadresse:

Strasse, Nr. _____ PLZ _____ Ort _____
Land _____
Telefon _____ Handy _____

Wohnart: Einfamilienhaus Wohnung in Mehrfamilienhaus
 Wohnung in Wohnblock

andere _____

Garten vorhanden: nein kleiner Wiesen- und Blumengarten nur Wiese
 Obst- und Gemüsegarten

andere _____

Einkaufsmöglichkeiten: Geschäfte sind gut zu Fuss zu erreichen
 Betreuer(in) kann mit dem Fahrrad fahren
 Betreuer(in) kann mit dem Auto fahren

- man fährt mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- man fährt im Auto mit Betreuten als Fahrer
- man fährt im Auto mit Familienmitgliedern
- Einkäufe werden geliefert

anders _____

Anderes Hauspersonal: _____

- Rauchen im Haus:
- Nichtraucherhaushalt
 - betreute Person raucht
 - Familienmitglieder rauchen im Haus
 - es wird nur draußen geraucht

Welche Ankunftsmöglichkeit bevorzugen Sie (je nach möglichen Verbindungen):

- Mit Reisegesellschaft - günstigste Lösung, regelmäßiger Reiseplan, Ankunft nach Deutschland max. bis Mittag aber man muss Betreuer(in) vom Bahnhof abholen (i.d.R. max. 60 km zum Bahnhof)
- Mit Kleinbusunternehmer, der bringt die Betreuungskraft bis zur Haustür - etwas höhere Reisekosten, Ankunft- und Tageszeit sind unterschiedlich
- es ist uns wichtig eine Ankunft am Wochenende zu organisieren
- egal

Abholer - Empfangsorganisator ist: _____
(Vorname, Nachname, Handy, Festnetz)

7. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- durch Empfehlung von wem? _____
(Name und evtl. Gutscheincodes)
- Internet
- anders _____

Ich willige in die Verarbeitung meiner, im Stellenangebot enthaltenen und für den Bewerbungsprozess notwendigen, Daten ein (gemäß Datenschutzgesetzes vom 29.08.1997).

Ort, Datum

✓ _____
Unterschrift