



AGENTUR ART MEDICA

Pflegevermittlung mit 

I. Allgemeine Angaben

Ansprechpartner

Auftraggeber:

Name:	
Vorname:	

Leistungsempfänger:

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Adresse:

Straße:	
Hausnummer:	
Postleitzahl (PLZ)	
Ort:	
Telefonnummer mit Vorwahl (Haus):	
Telefonnummer (Mobil):	
E-Mail:	
Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson	

Adresse:

Straße:	
Hausnummer:	
Postleitzahl (PLZ)	
Ort:	
Telefonnummer mit Vorwahl (Haus):	
Telefonnummer (Mobil):	
Alter:	
Größe:	
Gewicht:	

Wer ist Rechnungsempfänger?

Auftraggeber

Betreute Person

Ja, ich möchte Sie beauftragen, eine Betreuung zu finden.

Bitte senden Sie mir ein unverbindliches Angebot.

Für:

Einzelperson

Ehepaar (bei Ehepaar, bitte die relevanten Seiten vom Fragebogen 2x ausfüllen)

Gesundheitsmerkmale

Mobilität:	selbstständig	mit Hilfe		
	Rollstuhl	bettlägerig		
Die Pflegeperson:	muss angehoben werden	kann dabei mithelfen	kann selbstständig aufstehen	
Transfer Bett/Rollstuhl:	selbstständig	hilf mit	komplett hilfsbedürftig	bettlägerig
Hilfsmittel vorhanden?	Rollstuhl	Rollator	Unterarmgehstützen	
	Pflegebett	Lift	Duschstuhl /Hocker	
Geistiger Zustand:	klar	apathisch	teilnahmslos	
	verwirrt	depressiv	aggressiv	
Toilette:	selbstständig	mit Hilfe	Katheter	
	Teilinkontinenz	Vollinkontinenz	urinflasche	
Kommunikation möglich?	Sprache	Hörvermögen	Sehkraft	
Hilfsmittel vorhanden?	Hörgerät	Brille		
Essen/Trinken:	selbstständig	braucht Hilfe z.B. beim Schneiden	komplett hilfsbedürftig	
Diät:	keine	Ja (welche)		
Aktuelle Therapien	Keine	Krankengymnastik	Logopädie	Sonstige
Krankheiten:	Alzheimer	MS-Patient	Parkinson	
	Demenz	Diabetes	Schlaganfall	
	Dauerkatheter	Bluthochdruck	Schwerhörigkeit	
	Tumor	Druckgeschwür	Herzkrankheit	
	Rheuma	Osteoporose	Asthma	
	Stoma	zeitliche Desorientierung	Inkontinenz	
	Allergien	Multiple Sklerose	Depression	
	weitere Krankheiten:			
Wie oft steht der Patient Nachts auf:	1 Mal	2-3 Mal	mehr als 3 Mal	
Hobbys:				

Pflegegrad I II III IV keine Pflegegrad in Beantragung

Ist eine Pflegedienst beauftragt? Ja Nein

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Pflegedienst soll weiterhin kommen? Ja Nein

Soll die Betreuung in Abwechslung mit einer weiteren Betreuerin organisiert werden? z.B wechseln nach einem Monat? Ja Nein

Betreuungsdauer: 1 - 2 Monate 3 - 12 Monate 3 Monate und länger

Ab wann soll die Betreuung stattfinden?

Angaben zur Tätigkeit	An-/auskleiden	24h Rufbereitschaft	Windeln wechseln
	Kochen	Waschen/Duschen/Baden	zum Arzt begleiten
	Wäsche waschen	Reinigung der Wohnung	Gartenarbeit
	Bügeln	Medikamente anreichen	kleine Reparaturen
	Auto fahren	Essen geben	Freizeitgestaltung
	Einkaufen	Spazieren	aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele)
	Weiteres:		

Angaben zum Haushalt

Art des Haushaltes: Wohnung Haus Fläche Reihen-/Doppelhaus Bauernhof

Lage: Großstadt-zentral Großstadt- abgelegen Kleinstadt Dorf ländlich

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

ca. 10 Minuten ca 20 Minuten ca. 40 Minuten 1 Stunde länger als 1 Stunde

Ist Gartenpflege erwünscht? Ja Nein

Ist Haustierpflege erwünscht? Ja Nein

Ist ein Auto vorhanden? Ja Nein

Wieviel Personen leben im Haushalt der betreuten Person?

Ehepartner Verwandte Bekannte Sonstige

Braucht ein weiteres Familienmitglied Hilfe:

Nein Ja, pflegerische Hilfe Ja, hauswirtschaftliche Hilfe Ja, beides

II. Personalanforderungen - Angaben zur gewünschten Betreuungskraft

Geschlecht: weiblich männlich 2 Personen egal
Alter: bis 30 ab 30 ab 40 ab 50 Irrelevant

Sprachkenntnisse:

Grundkenntnisse – verstehen mit Schwierigkeiten, sprechen sehr wenig
erweiterte Grundkenntnisse – verstehen gut, sprechen mit Schwierigkeiten
gute Kenntnisse – einfache Unterhaltung ist möglich
sehr gute Kenntnisse – Unterhaltung ohne Einschränkung

Betreuung Erfahrung: Nein Ja Weiteres:

Einsatzzeit:

ca. 6 Std. Betreuung/Tag ca. 8 Std. Betreuung/Tag ca. 10 Std. Betreuung/Tag

Führerschein: Ja, mit Fahrpraxis Nein

Kochkenntnisse: Ja Nein Egal

Raucher/in: Ja Nein Egal

Details (Hobbys, Tierliebe):

Haben Sie einen freien Tag in der Woche vorgesehen:

Nein Ja Wenn ja, dann am:

Verpflegung: mit Familie separat

Ausstattung des Zimmers für den/die Mitarbeiter /-in :

eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV Internet

Der nächste Bahnhof ist:

Wer holt die Betreuungsperson ab? (Name und Tel. Nr.)

