Medicura24

Im eigenen Heim nicht allein

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig und ausführlich aus und sende Sie diesen an uns zurück:

per Fax *05247 – 40 84 95*
oder per E- Mail *info@medicura24.de*

Wir werden dann sofort mit der Angebotserstellung beginnen und uns umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen.

Medicura24 GmbH
Pöppelmannstr. 1
33428 Harsewinkel

info@medicura24.de
www.medicura24.de

I PERSONENDATEN

1. DATEN DES AUFTRAGGEBERS / DES ANSPRECHPARTNERS

Vorname		Name	
Straße | Hausnr.		PLZ | Ort	
Telefon		Mobil	
E-Mail		Fax	

2. DATEN DER ZU BETREUENDEN PERSON

Vorname		Name	
Geburtsdatum	Tag / Monat / Jahr	Pflegestufe	
Gewicht	kg	Größe	cm
Straße | Hausnr.		PLZ | Ort	
Telefon		Mobil	
Verhältnis zum Auftraggeber	bitte wählen		

II ANGABEN ZUR BETREUUNG

1. GESUNDHEITSMERKMALE DER ZU BETREUENDEN PERSON

Mobilität bitte wählen

geistiger Zustand bitte wählen

Urinkontrolle bitte wählen

Stuhlkontrolle bitte wählen

Diagnosen

- ☐ Alzheimer
- ☐ MS-Patient
- ☐ Demenz
- ☐ Diabetes
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Schwerhörigkeit
- ☐ Tumor
- ☐ Druckgeschwür
- ☐ Herz - Kreislauf - Erkrankung
- ☐ Künstlicher Darmausgang
- ☐ Dauerkatheter
- ☐ Parkinson
- ☐ Probleme mit der Speiseröhre
- ☐ Osteoporose
- ☐ Lähmung
- ☐ Herzrhythmus - störung
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Asthma
- ☐ Depression
- ☐ Inkontinenz
- ☐ Allergien
- ☐ Rheuma
- ☐ Chronischer Durchfall
- ☐ Störung beim Ein-/ Durchschlafen
- ☐ Künstliche Ernährung

Liegt bei der zu betreuenden Person eine Behinderung vor ? ☐ Ja ☒ Nein

Falls ja, welchen Behinderungsgrad ?

Weitere bekannte Krankheiten (bitte auflisten):

2. AKTUELLE ART DER PFLEGE/ AKTUELLE THERAPIEN

Die Pflege/ Betreuung der zu betreuenden Person übernimmt zurzeit:

- ☐ Familie
- ☐ Pflegedienst / Sozialstation
- ☐ Krankenhaus / Rhea
- ☐ Senioren- betreuer/- in

Hinweis | Eine medizinische Betreuung ist durch das Betreuungspersonal nicht möglich.

III ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT

1. WELCHE TÄTIGKEITEN WERDEN NOTWENDIG

- ☐ Kochen
- ☐ Bügeln
- ☐ Wäschewaschen
- ☐ Wohnung / Haushalt putzen
- ☐ Auto fahren
- ☐ Einkaufen gehen
- ☐ Haustierpflege

Zusätzliche Fragen :

Welche Art des Haustieres hat die pflegebedürftige Person zu Hause?

Wie sieht die Pflege des Haustieres aus?

Wie soll das Auto benutzt werden?

Muss die Betreuungskraft spezielle Speisen vorbereiten?

Wie weit entfernt befinden sich Lebensmittelgeschäfte vom Haus des Patienten / der Patientin?

2. BETREUUNGSUMFANG

- ☐ Begleitung bei Arztbesuchen
- ☐ Rufbereitschaft in der Nacht
- ☐ Hilfe beim Essen
- ☐ Kämmen
- ☐ An/Auskleiden
- ☐ Hilfe beim An/Auskleiden
- ☐ Waschen/ Baden/ Duschen
- ☐ Hilfe beim Waschen
- ☐ Eincremen
- ☐ Entleerung des Urinbeutels
- ☐ Windeln wechseln
- ☐ Stomaplatten-wechsel
- ☐ Handhabung des Rollstuhls
- ☐ Verlagerung der zu betreuenden
- ☐ Person Umlagerung
- ☐ Überwachung der zu betreuenden Person in der Nacht

Zusätzliche Fragen :

Wie lange wünschen Sie unsere Betreuung? bitte wählen

Ab wann benötigen Sie die Betreuungskraft? Tag Monat Jahr

Wie oft geht die Patientin / der Patient am Tag spazieren? bitte wählen

Leidet die Patientin / der Patient an Schlafstörungen? bitte wählen

Aus Gründen der Erholung / Gesundheit des Personals ist es erforderlich, dass der/die Betreuer/- in 2,5 Stunden am Tag und mindestens einen Tag pro Monat frei hat. Bei Nachteinsätzen ist ein zusätzlicher Ausgleich am Tag notwendig.

Wird der Betreuerin zusätzliche Freizeit zur Verfügung gestellt? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, in welchem Umfang?

IV PERSONALANFORDERUNG

Geschlecht

☐ egal ☐ weiblich ☐ männlich

Pflegeerfahrung

☐ egal ☐ nein ☐ ja

Führerschein

☐ egal ☐ nein ☐ ja

Tierlieb

☐ egal ☐ nein ☐ ja / wichtig

Deutschkenntnisse ausreichend

Zusätzliche Fragen :

Falls die Betreuerin / der Betreuer rauchen sollte, besteht auch die Möglichkeit, dass sie / er außerhalb des Hauses raucht und nicht im Haus der pflegebedürftigen Person? ☐ Ja ☐ Nein

V RAHMENBEDINGUNGEN

1. WOHNBEDINGUNGEN

Ist die zu betreuende Person alleinstehend? bitte wählen

Falls nein, wie viele Personen leben im Haushalt? bitte wählen

Wer wohnt zusammen im Haushalt?

Wenn die im Haushalt lebende Person nicht betreut werden muss, hilft sie auch bei der Betreuung und im Haushalt? ☐ Ja ☐ Nein

Zutreffendes bitte ankreuzen sowie entsprechende Leerfelder ausfüllen.

V RAHMENBEDINGUNGEN

2. BESCHREIBUNG DER UNTERKUNFT

- ☐ Ein-/ Zweifamilien-haus mit Garten _____ qm
- ☐ Mehrfamilienhaus _____ qm
- ☐ Wohnung _____ qm

3. AUSSTATTUNG DES ZIMMERS FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT

- ☐ Schrank
- ☐ Bett
- ☐ Tisch
- ☐ Eigenes Bad
- ☐ Zugang zum Internet
- ☐ Computer
- ☐ TV
- ☐ Radio

VI SONSTIGES

Hier können Sie sonstige Angaben eintragen, die Ihnen wichtig erscheinen und / oder Fragen stellen die Sie geklärt haben möchten (Hobbys, spezielle Eigenschaften, etc.):

Dieser Fragebogen wird ein Bestandteil eines Vertrages, füllen Sie ihn bitte ausführlich und vollständig aus. Der ausgefüllte Fragebogen selbst ist unverbindlich.

Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

Ort, Datum

Unterschrift des Auftraggebers

Medicura24 GmbH | www.medicura.24
Pöppelmannstr. 1, 33428 Harsewinkel, Tel.: 05247 40 84 94, Fax: 05247 40 84 95, E-Mail: info@medicura24.de
Geschäftsführer: Philip Steffens & Dr. Torsten Woelpl, Handelsregister: 9795, Amtsgericht Gütersloh