

Erfassungsbogen zur Betreuungssituation für die Angebotserstellung durch Jacura

- Dieser Fragebogen ist die Grundlage für die Erstellung eines unverbindlichen Angebots.
- Gerne können Sie uns auch anrufen und wir füllen den Fragebogen gemeinsam aus.
- Alternativ können Sie den Fragebogen unter jacura.de/anfrage-24h-betreuung ausfüllen.

Geplanter Einsatz der Pflegekraft:

- 24h-Betreuung Hauswirtschaftliche Unterstützung Urlaubsvertretung

Zu welchem Datum soll die Betreuungskraft beginnen?

- Schnellstmöglich Wunschtermin:

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes:

- Unbegrenzt Noch unklar Bis (Datum):

Angaben zur Kontaktperson der pflegebedürftigen Person

Anrede:

Name :

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Verwandschafts- bzw. Kontaktgrad mit der zu betreuenden Person:

- Ehepartner Kind Enkel(in) Gesetzlicher Betreuer
- Anderes:

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Die pflegebedürftige Person ist:

- Weiblich Männlich
- Allein stehend Verheiratet

Geburtsdatum: Größe in cm: Gewicht in kg:

Wohnverhältnisse der pflegebedürftigen Person

Die pflegebedürftige Person wohnt in:

- Haus Wohnung

Quadratmeter: Anzahl Zimmer:

Ist ein Garten vorhanden?

- Ja Nein

Region:

- Großstadt Mittlere Stadt Kleinstadt Dorf Ländlich

Wohnt die Person allein?

- Ja Nein

Wenn nein: Anzahl der Personen im Haushalt:

Fallen für diese Person(en) weitere Arbeiten an? Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

Die Betreuungskraft wird wie folgt untergebracht:

- Eigenes Zimmer Eigene Wohnung Eigenes Bad

Kommunikationsmöglichkeiten für die Betreuungskraft:

- Festnetz Festnetz mit Flatrate Ausland Internet

Weitere Anmerkungen zur Unterbringung, z. B. Ausstattung:

.....
.....

Anforderungen an die Betreuungskraft

Gewünschtes Alter:

- egal 30 - 40 40 - 50 Älter als 50

Erfahrung/Qualifikation:

- Haushaltshilfe Pflegehilfskraft Ausgebildete Pflegekraft

Sprachkenntnisse:

- Grundkenntnisse (einfache Anweisungen, kommunikativ)
 Mittlere Kenntnisse (einfache Unterhaltungen, Alltagskommunikation)
 Gute Kenntnisse

Führerschein:

- Ja Nein Keine Präferenz

Raucher(in):

- Nichtraucher(in) Rauchen nur draußen Keine Präferenz

Gewünschte Betreuungstätigkeiten und Hausarbeit:

- Reinigung/Putzen Kochen Waschen/Bügeln Essen verabreichen
 Begleitung zum Arzt Haustierversorgung Einkaufen
 Andere:

Hobbies der pflegebedürftigen Person:

Sonstige Anforderungen an die Betreuungskraft:

.....
.....

Mobilität und Krankheiten

Mobilität: Die pflegebedürftige Person

- Bewegt sich selbständig Benötigt Hilfe bei der Bewegung Ist bettlägerig

Hilfsmittel bei der Bewegung

- Gehstock Rollator Treppenlift/ Lifter

Ist ein Transfer (Bett zu Roll-/ Nachtstuhl etc.) nötig?

- Ja Nein

Pflegestufe:

- 0 1 2 3

Wenn keine Pflegestufe vorliegt: Ist eine Pflegestufe beantragt?

- Ja Nein

Die pflegebedürftige Person leidet an folgenden Krankheiten und Einschränkungen:

- Kau- und Schluckstörungen Bluthochdruck Schlaganfall Herzrhythmusstörung
 Inkontinenz

Wenn inkontinent, dann Hilfe durch: Windeln Dauerkatheter

- Parkinson Herzinsuffizienz Hypertonie Multiple Sklerose Herzinfarkt
 Asthma Tumor/Krebs Druckgeschwür / Dekubitus Osteoporose Demenz
 Rheuma Künstlicher Darmausgang/Stoma Chronische Durchfälle Depression
 Alzheimer

Wenn ja, in welchem Umfang? beginnend fortgeschritten ausgeprägt

Besteht eine Hinlauf- bzw. Weglauftendenz? Ja Nein

- Geistige Behinderung Schlafstörungen Orientierungsprobleme

- Diabetes:

Wenn Diabetes, dann: Tablettenpflichtig Insulinpflichtig

- Allergien:

Wenn ja, welche:

- Sonstiges:

.....

Liegt eine ansteckende Krankheit vor (bspw. MRSA)?

- Ja Nein

Ist Nacharbeit zu verrichten? □

- Ja Nein Gelegentlich

Wenn ja, welche Nacharbeiten fallen in welchem Umfang (Angabe in ca. Stunden) an?

.....

.....

Sonstiges zu Krankheiten:

Kommt regelmäßig ein ambulanter Pflegedienst?

Ja Nein

Wenn ja, welche Aufgaben werden wie oft vom Pflegedienst übernommen?

.....
.....

Wohnort und Kontaktinformationen der pflegebedürftigen Person

Anrede:

Name :

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Ist die oben genannte Kontaktperson auch Bevollmächtigte(r) der pflegebedürftigen Person?

Ja Nein

Möchten Sie Informationen zu kostenlosen Pflegehilfsmittel (40 € monatlich) erhalten?

Ja, bitte. Nein, danke.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ja, ich erkläre mein Einverständnis, dass die Jacura UG alle in diesem Formular erhobenen Daten verarbeitet und an ausländische Kooperationspartner weitergibt, sofern dies zur Bearbeitung der Anfrage erforderlich ist. Die Weitergabe der Daten wird für die Unterbreitung der Personalvorschläge benötigt.



Ihre folgende Unterschrift führt zu keinem Auftrag. Die Angebotserstellung ist für Sie völlig unverbindlich und kostenfrei.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Den Fragebogen senden Sie bitte unterschrieben per Post, Fax oder E-Mail an:

Jacura UG (haftungsbeschränkt), Tichelbrink 31, 32584 Löhne

Tel.: 05731/ 866 02 80, Mobil: 0151/ 590 13 757, Fax: 05731/ 866 02 81

E-Mail: info@jacura.de, Internet: www.jacura.de