



## Aufnahmefragebogen

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Dienstleistung auf dem Gebiet der Vermittlung von polnischen, ukrainischen & weißrussischen 24h-Betreuungs & Pflegekräften. Um Ihnen individuell an Ihre Bedürfnisse & Wünsche passende Personalvorschläge machen zu können, bitten wir Sie nun den Aufnahmefragebogen vollständig, gewissenhaft und leserlich auszufüllen und aus Datenschutzgründen zu unterschreiben! Der Fragebogen ist ein wichtiger Bestandteil für einen abzuschließenden Vermittlungsvertrag mit unserer Agentur.

**Senden Sie den ausgefüllten Aufnahmefragebogen bitte schnellstmöglich per E-Mail an: [kontakt@betreuungsagentur-nord.de](mailto:kontakt@betreuungsagentur-nord.de) oder per Fax: 04307 / 20 91 89 oder per Post an unsere Anschrift: [Betreuungsagentur Nord, Im Jörn 33, 24223 Schwentinental](#) zu.**

### Hilfsbedürftige Person (Leistungsempfänger):

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Familienstand:**  verheiratet  verwitwet  in Gemeinschaft lebend  alleinlebend

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Ab wann soll die Betreuung stattfinden:** schnellstmöglich  oder ab dem: \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten (z.B. Angehörige / gesetzlicher Betreuer):

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Verhältnis zum Leistungsempfänger:

Ehepartner  Lebenspartner  Sohn  Tochter

Betreuer

Sonstiges: \_\_\_\_\_



**Rechnungsempfänger & Rechnungsart:**

- |                                                       |                                   |                                                                            |                                         |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leistungsempfänger / Partner | <input type="checkbox"/> per Post | <b>Ü-Schein?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nur per E-Mail |
| <input type="checkbox"/> Sohn / Tochter               | <input type="checkbox"/> per Post | <b>Ü-Schein?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nur per E-Mail |
| <input type="checkbox"/> Betreuer                     | <input type="checkbox"/> per Post | <b>Ü-Schein?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nur per E-Mail |

**Ü-Schein= gelber Überweisungsschein / Überweisungsträger**

**Pflegegrad:**

- 1    2    3    4    5    Pflegegrad ist beantragt    kein Pflegegrad

**Wohnt noch eine andere Person mit im Haushalt? (100€ Monatliche Mehrkosten!)** ja  nein

falls ja, wer ist diese Person: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sollte die zweite Person auch pflegerisch mitversorgt werden müssen, füllen Sie uns bitte dazu einen separaten zweiten Aufnahmefragebogen aus. (ab 300€ Monatlich Mehrkosten!)**

Sind Haustiere vorhanden: ja  nein  falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Sollen die Haustiere mitversorgt werden: ja  nein  falls ja, in welcher Form: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ist ein Pflegedienst beauftragt:**

ja  Häufigkeit: \_\_\_\_/Tag \_\_\_\_/Woche   nein

Pflegedienst wird weiterhin kommen: ja, wie bisher  ja, aber eingeschränkt  nein

Welcher Pflegedienst kommt zum Kunden: \_\_\_\_\_

Welche Tätigkeiten führt der Pflegedienst aus bzw. werden weiterhin vom Pflegedienst ausgeführt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Diagnosen und Gründe für die Betreuungsbedürftigkeit:**

- |                                                      |                                         |                                     |                                                              |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose           | <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Parkinson  | <input type="checkbox"/> Epileptiker o. andere Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall   | <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Krebs: _____                        |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen    | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt    | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Amputation: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck)  | <input type="checkbox"/> Osteoporose    | <input type="checkbox"/> Arthrose   | <input type="checkbox"/> Seheinschränkung: _____             |
| <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer          | <input type="checkbox"/> Angstzustände  | <input type="checkbox"/> Einsamkeit | <input type="checkbox"/> Beatmungspatient                    |

Desorientiert zu:  Zeit  Ort  Person



**Folgende Erkrankungen, Einschränkungen liegen vor, die für die Betreuung von großer Bedeutung sind:**

---



---



---

**Hinweise zum Verhalten der hilfsbedürftigen Person und zum Umgang der Betreuungskraft mit Ihr:**

---



---



---

**Interessen und beliebte Beschäftigungen der Hilfsbedürftigen Person:**

---



---



---

**Hilfebedarf:**

An- / Auskleiden	Alleine möglich <input type="checkbox"/>	mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/>	komplett auf Hilfe angewiesen <input type="checkbox"/>
Körperhygiene / Waschen	Alleine möglich <input type="checkbox"/>	mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/>	komplett auf Hilfe angewiesen <input type="checkbox"/>
Toilette	Alleine möglich <input type="checkbox"/>	mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/>	komplett auf Hilfe angewiesen <input type="checkbox"/>
Besteht eine Inkontinenz?	Urininkontinenz <input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/>	Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/>

**Wechseln von Einlagen oder Inkontinenzmaterial, wenn vorhanden durch:**

Ehe-Partner  Sohn/Tochter  Betreuungskraft  Pflegedienst  Selbstständig

Gehen / Stehen Alleine möglich  mit Hilfe möglich  komplett auf Hilfe angewiesen

**Folgende Hilfsmittel sind vorhanden:** Rollstuhl  Rollator  Gehstock

Krankenbett  Patientenlift  Treppenlift  Toilettenstuhl  Toilettensitzerhöhung

Nahrungsaufnahme Alleine möglich  mit Hilfe möglich  komplett auf Hilfe angewiesen

Nahrungszubereitung komplette Übernahme erwünscht  nur Unterstützung erwünscht  nein

Einkäufe komplette Übernahme erwünscht  nur Unterstützung erwünscht  nein

Haushaltsführung komplette Übernahme erwünscht  nur Unterstützung erwünscht  nein

**Fallen regelmäßige Nachteinsätze an: (z. B. Toilettengänge, Lagerung)** ja  nein

**Falls ja, bitte Häufigkeit und Art der Nachteinsätze beschreiben (5 € pro Nachteinsatz!):**

---



---



---



**Erwartungen an die Betreuungskraft:**

**Ich wünsche eine:** weibliche Betreuung  männliche Betreuung  egal  \_\_\_\_\_

**Raucher:** nein  wenn ja, nur draußen  egal  \_\_\_\_\_

**Sprachkenntnisse: Ich wünsche eine Betreuungskraft mit folgenden Deutschkenntnissen:**

- Grundkenntnisse (A1-Niveau)** – das Verstehen der Sprache fällt teilweise schwer, das Sprechen ebenfalls
- mittlere Kenntnisse (A2-B1-Niveau)** - das Verstehen der Sprache ist befriedigend, das Sprechen ist ausreichend
- gute Kenntnisse (B2-Niveau)** – das Verstehen der Sprache ist gut, das Sprechen ist befriedigend bis gut
- sehr gute Kenntnisse (C1-Niveau)** – das Verstehen der Sprache ist sehr gut, das Sprechen ebenfalls

**Führerschein:** ja  nein  egal  **falls ja, welches Autofabrikat & Typ muss die Betreuungskraft**

**fahren:** \_\_\_\_\_ mit welchem Getriebe: Automatikgetriebe  Gangschaltung

**Welche Fahrten soll die Betreuungskraft mit dem Auto übernehmen?**

zum Einkaufen  für Arzt / Therapie Fahrten  für Freizeit & Ausflüge  für Notfälle

Andere  \_\_\_\_\_

**Ist ein Fahrrad für die Betreuungsperson vorhanden?** ja  nein

**Details, die für die Betreuung von Bedeutung sind:**

**Wünsche an die Qualifikation und Eigenschaften der Betreuungskraft:** (Beschreibung der Wesensart, z.B. kräftige Person, evtl. Hobbys, etc.) \_\_\_\_\_

---



---



---

**Beschreibung der Wohnsituation und der Unterkunft für die Betreuungskraft:** (Größe, Ausstattung etc.)

---



---



---

**Die hilfsbedürftige Person wohnt in:**  einem Einfamilienhaus / Doppelhaus bzw. Reihenhaus  einer Wohnung

Großstadt

Kleinstadt

Dorf

ländlich

**Wohnen Angehörige der Hilfsbedürftigen Person in der Nähe?** ja  nein

**Kommen die Angehörigen der hilfsbedürftigen Person zu Besuch?** ja  nein



**Wie wird der Freizeitausgleich geregelt:** (3 Stunden am Tag sind Vertraglich mindestens vorgeschrieben)

---



---



---

**Darf die Betreuungskraft vom Haustelefon aus nach Polen telefonieren?**

- Ja, wir übernehmen die Kosten. *(Wir empfehlen Ihnen eine Auslandsflatrate einzurichten z.B. für 3,94€ bei der Deutschen Telekom. „Diese Flatrate hat nur 6 Werkstage Kündigungsfrist“)*
- Nein, die Betreuungskraft darf das Haustelefon nicht benutzen.

**Ist ein Internetanschluss vorhanden, den die Betreuungskraft nutzen darf?**

- Ja             nur WLAN         nur LAN         beides möglich
- Nein

**Wie sind Sie auf unsere Agentur aufmerksam geworden:**

- Persönliche Empfehlung durch: \_\_\_\_\_
- Flyer bzw. Informationsbroschüre: \_\_\_\_\_
- Ambulanter Pflegedienst: \_\_\_\_\_
- Krankenhaus: \_\_\_\_\_
- Internet ( z.B. Google / Bing / Facebook ) \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Durch meine Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Ich bin mir bewusst, dass dieser Aufnahmefragebogen – im Falle einer Beauftragung – Bestandteil des Vermittlungsvertrages sein wird.**

Hiermit willige ich ein, dass mit dem Unterzeichnen dieses Fragebogens meine personenbezogenen Daten von der Betreuungsagentur Nord gespeichert, maschinell verarbeitet und zum Zwecke des Abschlusses eines Vermittlungsvertrages über die Erbringung von haushaltsnahen Dienstleistungen durch die Partnerunternehmen von der Betreuungsagentur Nord genutzt und an die Partnerunternehmen weitergeleitet werden dürfen. Die Daten bleiben für die Dauer eines Vermittlungsvorganges und darüber hinaus für die Dauer eines bestehenden Vertragsverhältnisses gespeichert. Weitere Speicherungen erfolgen zu Rechnung & Buchungszwecken im nötigen Umfang. Der Auftraggeber versichert, Daten aller vorgestellten Betreuerinnen ausnahmslos nicht an Dritte weiterzuleiten oder Einsicht zu gewähren. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung der Daten an Dritte zu widersprechen. Der Widerspruch ist an die Betreuungsagentur Nord Inh. Adrian Szczepanski, Im Jörn 33 in 24223 Schwentimental (Schleswig-Holstein) zu richten.

Ort, Datum

Unterschrift des Auftraggebers

Postbank Dortmund  
 IBAN: DE31 4401 0046 0139 0604 63  
 BIC: PBNKDEFF  
 Registergericht: Kiel · HRB 15298 KI  
 Umsatzsteuer-Id-Nr.: DE 292 838 764  
 Steuernummer: 20 / 297 / 19064  
 Geschäftsführer: Adrian Szczepanski

Betreuungsagentur Nord  
 Im Jörn 33  
 24223 Schwentimental  
 Tel: 04307 | 82 33 460  
 Fax: 04307 | 20 91 89  
 kontakt@betreuungsagentur-nord.de  
 www.betreuungsagentur-nord.de

