



Betreuungsagentur Nord

Aufnahmefragebogen

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Dienstleistung im Bereich der Vermittlung osteuropäischer 24-Stunden-Pflege- und Betreuungskräfte. Damit wir Ihnen individuell auf Ihre Bedürfnisse und Wünsche abgestimmte Personalvorschläge unterbreiten können, bitten wir Sie, den Aufnahmefragebogen vollständig, sorgfältig und gut leserlich auszufüllen und aus Datenschutzgründen zu unterschreiben. Der Aufnahmefragebogen ist ein wichtiger Bestandteil für den Abschluss eines Vermittlungsvertrages mit unserer Agentur. **Bis zum Vertragsabschluss ist unser Service für Sie selbstverständlich unverbindlich und kostenlos.**

Senden Sie den ausgefüllten Aufnahmefragebogen bitte schnellstmöglich per E-Mail an: kontakt@betreuungsagentur-nord.de oder per Post an unsere Anschrift: [Betreuungsagentur Nord, Am Wald 2a, 24238 Selent](#) 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: _____

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
 Am Wald 2a
 24238 Selent
 Tel: 04307 | 82 33 460
 Fax: 04384 | 59 39 539
kontakt@betreuungsagentur-nord.de
www.betreuungsagentur-nord.de



Rechnungsempfänger & Rechnungsart:

- Leistungsempfänger / Partner per Post **Ü-Schein?** ja nein nur per E-Mail
 Angehörige / Betreuer per Post **Ü-Schein?** ja nein nur per E-Mail

Ü-Schein = gelber SEPA-Überweisungs-/Zahlschein bzw. Überweisungsträger

Pflegegrad:

- 1 2 3 4 5 Pflegegrad ist beantragt kein Pflegegrad

Wohnt noch eine andere Person mit im Haushalt? (200 € monatliche Mehrkosten!) ja nein

falls ja, wer ist diese Person: _____

Sollte eine zweite Person pflegerisch mitversorgt werden müssen, füllen Sie bitte zusätzlich einen separaten Aufnahmefragebogen aus. Bitte beachten Sie, dass hierfür **monatliche Mehrkosten ab 500 €** entstehen.

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:

- Multiple Sklerose Altersschwäche Parkinson Epilepsie oder andere Anfallsleiden
 geistige Behinderung Unfall / Sturz Lähmung rheumatische Erkrankungen
 psychiatrische Erkrankungen Schlaganfall Diabetes Krebs: _____
 Herz-Kreislaufkrankungen Herzinfarkt Depression Amputation: _____
 Hypertonie (Bluthochdruck) Osteoporose Arthrose Seheinschränkung: _____
 Demenz / Alzheimer Angstzustände Einsamkeit 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-/Lebenspartner 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 (10 € 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 deutschen Sprache ist sehr gut, das Sprechen ebenfalls

Führerschein: ja nein egal **Falls ja, welches** Autofabrikat & welcher 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, Hobbys, etc.) _____

Beschreibung der Wohnsituation und der Unterkunft für die Betreuungskraft: (Größe, Ausstattung, Steht der Betreuungskraft ein eigenes Bad oder eine eigene Toilette zur Verfügung?) _____

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

Lage: Großstadt - zentral Großstadt - außerhalb Kleinstadt Dorf ländlich

Wohnen Angehörige der Hilfsbedürftigen Person in der Nähe? ja nein

Kommen die Angehörigen der hilfsbedürftigen Person zu Besuch? ja nein

Einkaufsmöglichkeiten, zu Fuß erreichbar? nein wenn ja, ca. _____ Minuten.

Öffentliche Verkehrsmittel, zu Fuß erreichbar? nein wenn ja, ca. _____ Minuten.



Wie wird der Freizeitausgleich geregelt: (3-5 Stunden Pause am Tag, am Stück, sind vertraglich mindestens vorgeschrieben!)

Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit unserer osteuropäischen Betreuungskraft?

Arbeitsbeginn am Morgen ab ca. wie viel Uhr? _____

Feierabend abends ca. um wie viel Uhr? _____

Ist ein Internetanschluss vorhanden, den die Betreuungskraft nutzen darf?

Nein Ja WLAN LAN (kabelgebunden) beides möglich

Wie sind Sie auf unsere Agentur aufmerksam geworden:

Persönliche Empfehlung durch: _____

Flyer bzw. Informationsbroschüre: _____

Krankenhaus / Ambulanter Pflegedienst: _____

Arzt / Beratungsstelle / Pflegeberater: _____

Internetrecherche (z.B. Google etc.): _____

Sonstiges: _____

Datenschutzerklärung / Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ein, dass mit dem Unterzeichnen dieses Fragebogens meine personenbezogenen Daten von der Betreuungsagentur Nord gespeichert, maschinell verarbeitet und zum Zweck des Abschlusses eines Vermittlungsvertrages über die Erbringung haushaltsnaher Dienstleistungen durch Partnerunternehmen der Betreuungsagentur Nord genutzt sowie an diese Partnerunternehmen weitergeleitet werden dürfen. Die Daten werden für die Dauer des Vermittlungsvorgangs und – im Falle eines Vertragsabschlusses – für die Dauer des bestehenden Vertragsverhältnisses gespeichert. Darüber hinaus erfolgt eine Speicherung im erforderlichen Umfang zu Abrechnungs- und buchhalterischen Zwecken. Der Auftraggeber verpflichtet sich, die übermittelten Daten aller vorgeschlagenen Betreuungskräfte streng vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben oder diesen Einsicht zu gewähren. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung meiner Daten an Dritte zu widersprechen. Der Widerspruch ist zu richten an: Betreuungsagentur Nord, Inh. Adrian Szczepanski, Am Wald 2a, 24238 Selent (Schleswig-Holstein)

Durch meine Unterschrift bestätige ich außerdem die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

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
Am Wald 2a
24238 Selent
Tel: 04307 | 82 33 460
Fax: 04384 | 59 39 539
kontakt@betreuungsagentur-nord.de
www.betreuungsagentur-nord.de

