Aufnahmefragebogen

Betreuungsagentur Nord

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Dienstleistung auf den gebiet der Vermittlung von Osteuropäischen 24 Stunden Pflege & Betreuungskräften. 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 Aufnahmefragebogen ist ein wichtiger Bestandteil für einen abzuschließenden Vermittlungsvertrag mit unserer Agentur, **bis zum Vertragsabschluss ist unser Service natürlich unverbindlich & kostenlos!**

Senden Sie den ausgefüllten Aufnahmefragebogen bitte schnellstmöglich per E-Mail an: kontakt@betreuungsagentur-nord.de oder per Fax: 04384 / 59 39 539 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: _____

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-Überweisung/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 die zweite Person auch Pflegerisch mitversorgt werden müssen, füllen Sie uns bitte dazu einen separaten zweiten Aufnahmefragebogen aus. (ab 500€ 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:

☐ Multiple Sklerose ☐ Altersschwäche ☐ Parkinson ☐ Epileptiker o. andere Anfallsleiden

☐ geistige Behinderung ☐ Unfall / Sturz ☐ Lähmung ☐ Rheumatische Erkrankungen

☐ Psychiatrische Erkrankungen ☐ Schlaganfall ☐ Diabetes ☐ Krebs: _____

☐ Herz-Kreislauferkrankungen ☐ 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 ☐	mit Hilfe möglich ☐	komplett auf Hilfe angewiesen ☐
Körperhygiene / Waschen	Alleine möglich ☐	mit Hilfe möglich ☐	komplett auf Hilfe angewiesen ☐
Toilette	Alleine möglich ☐	mit Hilfe möglich ☐	komplett auf Hilfe angewiesen ☐
Besteht eine Inkontinenz?	Urininkontinenz ☐	Stuhlinkontinenz ☐	Dauerkatheter ☐ Stoma ☐

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 (7 € 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

Lage: ☐ Großstadt - Zentral ☐ Großstadt - Außerhalb ☐ Kleinstadt ☐ Dorf ☐ Ländlich

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

Kommen die Angehörigen der hilfsbedürftigen Peron 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 Arbeitszeit unserer Osteuropäischen Betreuungskraft?

Arbeitsbeginn am Morgen ab ca. wie viel Uhr: _____

Feierabend abends ca. um wie viel Uhr: _____

Darf die Betreuungskraft vom Haustelefon aus nach Polen telefonieren?

☐ Ja, wir übernehmen die Kosten. ***(Wenn ja, empfehlen wir Ihnen eine Auslandsflatrate einzurichten z.B. für 3,94€ bei der Deutschen Telekom. „Diese CountryFlat1 hat nur 6 Werktage Kündigungsfrist")***

☐ Nein, die Betreuungskraft darf das Haustelefon nicht benutzen.

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: _____

☐ Internet *(z.B. Google / Bing / Facebook)*: _____

☐ Sonstiges: _____

Datenschutzerklärung / Einverständniserklärung:

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, Am Wald 2a in 24238 Selent (Schleswig-Holstein) zu richten.

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

_____

Ort, Datum Unterschrift des Auftraggebers