



Aufnahmefragebogen

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Dienstleistung auf dem 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-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-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 Nachteilsätze an: (z. B. Toilettengänge, Lagerung) ja nein

Falls ja, bitte Häufigkeit und Art der Nachteilsätze beschreiben (7 € pro Nachteilsatz!):



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 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 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

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

