sofiapflege

07152 / 33 8 99 0
info@sofiapflege.de

Berliner Str. 31, 71229 Leonberg

www.sofiapflege.de

Fragebogen

Gewünschter Beginn der Betreuung: ☐ ab sofort (innerhalb weniger Tage) ab (Datum):

Ansprechpartner:

Titel: ☐ Frau / ☐ Herr Vorname: Nachname:

☐ Sohn/Tochter ☐ Ehepartner Strasse: Nr: PLZ: Ort:

☐ gesetzl. Betr. ☐ Freund Telefon Nr: E-Mail:

☐ zu betreuende Person selbst ☐ Ansprechpartner für die Sofiapflege ☐ Auftraggeber / Rechnungsempfänger

☐ Schwiegertochter / Schwiegersohn ☐ Rechnungsversand erfolgt an diese Person ☐ sonst.:

Zu betreuende Person:

Foto der zu betreuenden Person:

Vorname: Nachname:

Strasse: Nr:

PLZ: Ort:

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich Geburtstag:

Größe: Gewicht:

Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ersteinstufung beantragt

☐ Höherstufung beantragt

Weitere Person im Haushalt: ☐ Ja ☐ Nein benötigt sie Hilfestellungen: ☐ Ja ☐ Nein

Kurzbeschreibung der Situation:

Krankheitsbild:

☐ Demenz ☐ Parkinson Krebs:

☐ Depressionen ☐ Bluthochdruck Infektionskrankheiten: ☐ Ja ☐ Nein

☐ Schlaganfall ☐ Diabetes Welche:

Mentale Verfasssung:

Erinnerungsvermögen: ☐ gut ☐ eingeschränkt ☐ fehlt Beschreibung:

Örtliche Orientierung: ☐ gut ☐ eingeschränkt ☐ fehlt Beschreibung:

Zeitliche Orientierung: ☐ gut ☐ eingeschränkt ☐ fehlt Beschreibung:

☐ Apathie Weitere Beschreibung: (Hobbys, Interessen, Glauben, Ängste, Schmerzen):

☐ Unruhe

☐ Aggressivität Bitte beschreiben Sie diese konkret:

© Sofiapflege GmbH

sofiapflege

07152 / 33 8 99 0
info@sofiapflege.de

Berliner Str. 31, 71229 Leonberg

www.sofiapflege.de

Fragebogen

Kommunikation:

☐ auf deutsch Dialekt: Die zu betr. Pers. spricht weitere Sprachen:

Sprechen:	☐ Keine Einschränkung	☐ eingeschränkt	☐ stumm	Beschreibung:
Hören:	☐ Keine Einschränkung	☐ schwerhörig	☐ taub	Beschreibung:
Sehen:	☐ Keine Einschränkung	☐ Sehschwäche	☐ blind	Beschreibung:

Inkontinenz:

Toilettengang:	☐ Selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ unmöglich	Beschreibung:

☐ Harninkontinenz ☐ Betreungsperson soll Einlagen wechseln wenn ja, wie oft:

☐ Stuhlinkontinenz ☐ Betreungsperson soll Windeln wechseln wenn ja, wie oft:

☐ Blasenkatheter ☐ Stoma

Mobilität:

Aufstehen/Hinsetzen:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ unmöglich	Beschreibung:
Sitzen:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ unmöglich	Beschreibung:
Stehen:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ unmöglich	Beschreibung:
Gehen:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ unmöglich	Beschreibung:
Treppensteigen	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ unmöglich	Beschreibung:
Transfers:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ unmöglich	☐ wird vom Pflegedienst übernom.
Bewegen im Bett:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ unmöglich	☐ wird vom Pflegedienst übernom.

Besteht ein Sturzrisiko? (Bitte beschreiben Sie diese möglichst genau inkl. Gefahrenstellen in der Haushalt)

Hilfsmittel:

Als Voraussetzung für eine professionelle, häusliche Betreuung werden Pflegehilfsmittel (Einweghandschuhe, Mundschutz, Desinfektionsmittel, Bettschutzunterlagen) vorgeschrieben. Diese können Sie monatlich im Wert von 60 € zuzahlungsfrei über die Sofiapflege GmbH beziehen. Einfach Ihren Berater ansprechen oder direkt unter www.sofiapflege.de/pflegehilfsmittel beantragen!

Weitere Hilfsmittel im Haushalt:

☐ Gehstock	☐ Toilettenstuhl	☐ Hörgerate	☐ Windeln	☐ Badewannenlifter
☐ Rollator	☐ Pflegebett	☐ Brille	☐ Vorlage	☐ Patienten/Transferlifter
☐ Rollstuhl (immer)	☐ Rollstuhl (draußen)	☐ Treppenlift	☐ Urinflasche	☐ Wechseldruckmatratze
☐ Treppenlifter	☐ Zahnprothese	Sonstiges:		

© Sofiapflege GmbH

sofiapflege

07152 / 33 8 99 0
info@sofiapflege.de

Berliner Str. 31, 71229 Leonberg

www.sofiapflege.de

Fragebogen

Körperpflege:

Duschen / Baden	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ nicht möglich	☐ wird vom Pflegedienst übernom.
Waschen am Waschbecken:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ kompl. Übernahme	☐ wird vom Pflegedienst übernom.
Waschen im Bett:		☐ mit Hilfe	☐ kompl. Übernahme	☐ wird vom Pflegedienst übernom.
Mundhygiene:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ kompl. Übernahme	☐ wird vom Pflegedienst übernom.
Rasur	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ kompl. Übernahme	☐ wird vom Pflegedienst übernom.
Nagel und Fußpflege	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ kompl. Übernahme	☐ wird vom Fußpfleger übernomen
Haarpflege / Kämmen	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ kompl. Übernahme	☐ wird vom Angehörigen übernom.

Weitere Informationen, Besonderheiten bei der Körperpflege: (Bei Bestehen eines Dekubitus bitte die Stelle und Größe beschreiben)

Ernährung:

Zubereiten von Mahlzeiten	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ durch Betreuungsperson	☐ durch Lieferdienst
Nahrungsaufnahme:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ Anreichen/Füttern	Beschreibung:
Flüssigkeitsaufnahme:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ Anreichen	Beschreibung:

Bevorzugte Speisen und Getränke:

Allergien oder Abneigungen bei der Ernährung:

Tagesstruktur:

Schlafrythmus (bspw.: von 22 Uhr abends bis 8 Uhr morgens)

Schlafstörungen:	☐ Ja	☐ Nein	☐ Schlafmedikamente	Wenn ja welche:
Ausschlafen lassen:	☐ Ja	☐ Nein	Aufwecken um einer bestimmten Uhrzeit?:	
Hilfestellungen bei Nacht:	☐ Ja	☐ Nein	Bitte geben Sie die Anzahl und Uhrzeit an:	

Bitte beschreiben Sie stichpunktartig die Tagesstruktur der zu betreuenden Person:

Morgens:
(zwischen 6:00 - 10:00 Uhr)

Vormittags:
(zwischen 10:00 - 12:00 Uhr)

Mittags:
(zwischen 12:00 - 14:00 Uhr)

Nachmittags:
(zwischen 14:00 - 18:00 Uhr)

Abends:
(zwischen 18:00 - 22:00 Uhr)

Nachts:
(zwischen 22:00 - 6:00 Uhr)

Welche(r) Tag(e)sind freier Tag der Betreuungsperson? ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐ Sa ☐ So

© Sofiapflege GmbH

sofiapflege

07152 / 33 8 99 0
info@sofiapflege.de

Berliner Str. 31, 71229 Leonberg

www.sofiapflege.de

Fragebogen

Sind weitere Personen/Angehörige oder Einrichtungen an der Pflege und Betreuung beteiligt?

☐ Pflegedienst ☐ Tagespflege ☐ Nachbarn ☐ Nachtpflege ☐ Nachtpflege ☐ Angehörige

Bitte geben Sie die Kontaktdaten an:

Welche Leistungen werden erbracht?

Wohnen:

Wohnsituation: ☐ Einfamilienhaus ☐ Wohnung ☐ Mehrfamilienhaus Wieviel qm: Wieviel Zimmer:

Internetverbindung: ☐ WLAN ☐ Kabel ☐ Surfstick Wieviel Fläche ist davon zu reigen?

Haustiere im Haushalt: ☐ Hund (groß) ☐ Hund (klein) ☐ Katze ☐ andere: Beschreibung:

Besonderheiten: ☐ eigene Whg für Betreuungspers. ☐ eigenes Bad für die Betreuungsperson

Weitere Informationen zur Wohnsituation: (Nächste Einkaufsmöglichkeiten, Transportmöglichkeiten für Besorgungsfahrten, Einkäufe durch Angehörige etc.

Erwartungen und Wünsche an die Betreuungskraft:

Geschlecht der Betreuungsperson: ☐ keine Präferenz ☐ Frau ☐ Mann

Gewünschtes Alters der Betreuungsperson: zwischen und Jahren

Führerschein erwünscht: ☐ ja ☐ nein Wenn ja, Auto wird zur Verfügung gestellt: ☐ Automatik ☐ Schaltung

Haushaltsführung inkl. Kochen, Wäsche, Einkaufen für: ☐ 1 Person ☐ 2 Personen zzgl. Betreuungskraft

Raucher: ☐ keine Präferenz: ☐ Geraucht wird grundsätzlich im Außenbereich ☐ E-Zigarette ☐ Abs. Nichtfraucher.in

Sprachkenntnisse: ☐ keine ☐ Grundkenntnisse (A1) ☐ Mittel (A2) ☐ Gut (B1) ☐ Sehr gut (B2)

Welche Vorstellungen und Erwartungen haben Sie hinsichtlich der Betreuungskraft?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Name des Empfehlenden: Ort/Adresse:

☐ Pflegedienst ☐ Beratungsstelle ☐ Internet ☐ Messe

☐ Krankenhaus ☐ Arzt / Therapeut ☐ Flyer/Prospekt ☐ Vortrag Veranstaltung

Einwilligung in Datenschutz und Eigenwerbung:

☐ Hiermit bestätige ich, dass die oben gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind und dass die Sofiapflege GmbH mir passende Angebote per E-Mail oder Post zuzusenden darf.

☐ Hiermit willige ich ein, dass die Sofiapflege GmbH die von mir gemachten, gesundheitsbezogenen Daten verarbeiten, und zur Suche einer passenden Betreuungsperson an Ihre Kooperationspartner in Osteuropa übermitteln darf.

X

Ort; Datum, Unterschrift

© Sofiapflege GmbH