

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

altdaheim UG  
Klosterbergenstrasse 10  
21465 Reinbek

Fax:  
040 - 781 023 - 49

## Kontaktperson

Name: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Fax: \_\_\_\_\_

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

Wann können wir Sie am besten erreichen?

\_\_\_\_\_

## Pflegebedürftige Person

Name: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

Größe (in cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (in kg): \_\_\_\_\_

Pflegestufe:  keine  1  2  3  Härtefall

Ist eine Kommunikation möglich?  ja  eingeschränkt  nein

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?  ja  nein

Welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst?

---

---

Besteht weiterhin Bedarf an einem ambulanten Pflegedienst?  ja  nein

Welche Krankheitsbilder und Diagnosen sind bekannt?

---

---

Welche medizinischen Hilfsmittel werden benötigt?

keine  Hörgerät  Rollstuhl  Rollator

Brille  Vierpunkt-Stock  Nachtstuhl  Badewannenlift

sonstige: \_\_\_\_\_

Individuelle Besonderheiten, die im Umgang mit der zu betreuenden Person zu beherzigen sind:

---

---

Hobbies und Interessen der zu betreuenden Person:

---

---

Raucher/in:  ja  nein

Partnerstatus:  alleinstehend  verheiratet/Beziehung

Wie viele Personen leben im Haushalt? \_\_\_\_\_

Soll eine weitere, in diesem Haushalt lebende Person betreut werden?  ja  nein

Gibt es Haustiere, die zusätzlich versorgt werden sollen?  ja  nein

Falls ja, welche und in welcher Anzahl? \_\_\_\_\_

## Einsatzbeginn

Gewünschter Einsatzbeginn des Betreuungspersonals :

\_\_\_\_\_

## Voraussichtliche Dauer der Betreuung

Kurzzeitpflege

(z.B. während Ihres Urlaubs oder wenn Sie anderweitig verhindert sein sollten)

bis zu drei Monaten

(wenn Sie altdaheim erst einmal unverbindlich testen möchten)

vorerst unbegrenzt

Wohnverhältnisse:

Reihenhaus

Doppel- oder Einzelhaus

Etagenwohnung

Kann dem Betreuungspersonal ein separates Zimmer mit Badbenutzung zur

Verfügung gestellt werden?

ja  nein

## Anforderungen an das Betreuungspersonal

Geschlecht:  weiblich  männlich  egal

Führerschein:  gewünscht  nicht erforderlich

Raucherin:  nein  wenig  egal

Deutschkenntnisse:  gut  befriedigend  ausreichend

sonstiges: \_\_\_\_\_

## Gewünschte Tätigkeiten durch die pflege-unterstützende Haushaltshilfe

**Haushaltsführung** (z.B. kochen, Saubermachen, Wäschewaschen)

**Körperpflege und Ankleiden**

Waschen  Duschen  Baden  Oberkörperpflege  Intimpflege  Hand- u. Fußpflege

Rasieren  Mund- und Prothesenpflege  Zahnpflege  Blasen- und Darmentleerung

**Ernährung** (z.B. Zubereitung, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme)

**Unterstützung der Mobilität** (z.B. leichte Bewegungsübungen, Spaziergänge)

**Gesellschaft leisten** (z.B. Gesellschaftsspiele, Arztbegleitung, Vorlesen)

Nächtlicher Einsatz?  nein

ja , In welcher Frequenz? \_\_\_\_\_ Was muss üblicherweise gemacht werden?

---

Leichte Gartenarbeiten:  ja  nein

Weitere Anforderungen und Wünsche:

---

Haben Sie noch weitere Fragen?

---

---

Wie möchten Sie unsere Rückantwort erhalten?

Per  E-Mail  Post  Telefon  Fax

Die uns in diesem Fragebogen anvertrauten Informationen werden von uns streng vertraulich behandelt und selbstverständlich nicht an Dritte übermittelt.

**Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen! Ihr Team von altdaheim**