



Um Ihnen ein Angebot zu erstellen und die passende ergänzende Betreuungskraft zu finden, bitten wir Sie diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen und uns zurückzusenden:

per Post: Betreuungagentur Franken – Bernbacher Str. 93 – 90768 Fürth
per Mail: info@betreuung-franken.com

Gewünschter Betreuungsbeginn

<input type="checkbox"/> 1. Wunschdatum: _____	<input type="checkbox"/> 2. Wunschdatum: _____
--	--

1. Ansprechpartner für die Betreuungagentur

- Ehepartner Schwiegersohn/Schwiegertochter
 Sohn/Tochter Sonstige: _____

Name:	Vorname:
Straße:	Nr.:
PLZ:	Ort:
Rufnummer:	E-Mail:

2. Zu betreuende Person

Name:	Vorname:
Straße:	Nr.:
PLZ:	Ort:
Rufnummer:	Geburtsdatum:
Körpergröße:	Körpergewicht:



Pflegegrad	Diagnosen
<input type="checkbox"/> kein Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Altersschwäche
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Demenz
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Krebs
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Einsamkeit
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	<input type="checkbox"/> Angstzustände

Vorhandene Hilfsmittel	Zustand
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> bettlägerig
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Kann mit Hilfe <u>stehen</u>
<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> Kann mit Hilfe <u>gehen</u>
<input type="checkbox"/> Patientenhilfen	<input type="checkbox"/> Eingeschränkt sehen
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Eingeschränkt hören



3. Grundpflegerische- und Betreuungstätigkeiten

Grundpflegerische Tätigkeiten	Betreuungstätigkeiten
<input type="checkbox"/> Körperwäsche	<input type="checkbox"/> Spaziergehen
<input type="checkbox"/> Toilettengang	<input type="checkbox"/> Handarbeit
<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> Spiele spielen
<input type="checkbox"/> Intimpflege	<input type="checkbox"/> Sonstige:
<input type="checkbox"/> Trinküberwachung	
<input type="checkbox"/> Hilfe bei Nahrungsaufnahme	

4. Haushaltstätigkeiten

<input type="checkbox"/> Kochen für ___ Personen
<input type="checkbox"/> Waschen / Putzen / Bügeln
<input type="checkbox"/> Einkaufen
<input type="checkbox"/> Wohnfläche reinigen _____qm
<input type="checkbox"/> Haustiere, welche _____
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

5. Wohnraum für die Betreuungskraft

<input type="checkbox"/> Eigenes Zimmer
<input type="checkbox"/> Eigenes Bett / Schrank
<input type="checkbox"/> Eigenes Bad
<input type="checkbox"/> Internetanschluss



6. Anforderung an die Betreuungskraft

<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> 30-40 Jahre <input type="checkbox"/> 40-50 Jahre <input type="checkbox"/> Ab 50 Jahre	<input type="checkbox"/> ausreichend deutsch <input type="checkbox"/> gutes deutsch	<input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> egal
---	--	--	--

7. Wer hat Ihnen die Betreuungsagentur empfohlen?

<input type="checkbox"/> Pflegedienst:	_____
<input type="checkbox"/> Krankenhaus:	_____
<input type="checkbox"/> Sonstige:	_____

Datenschutzerklärung

Verbindliche Unterschrift zwingend notwendig

1. Datenschutzerklärung / Einverständniserklärung

Hiermit willige ich in die Erhebung und Verarbeitung der von mir angegebenen Personalangaben und Gesundheitsdaten durch die Betreuungsagentur Bayern und deren Kooperationspartner zum Zwecke der Erbringung von Betreuungsdienstleistungen ein. Die Betreuungsagentur Bayern nimmt den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst und hält sich bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung strikt an geltendes Datenschutzgesetz sowie datensicherheitsrechtliche Bestimmungen. Ihre Daten werden lediglich zur zweckbestimmten Nutzung gespeichert. Ausführliche Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer Homepage:

www.betreuung-bayern.com

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____