



Südböhmische Volkspflege®

▶▶▶ Betreuung und Pflege „RUND um die UHR“

ERHEBUNGSBOGEN

Dieser Fragebogen dient zur Abklärung der Anforderungen an eine 24 Stunden Betreuung Zuhause. Anhand der Angaben werden von unserem Unternehmen geeignete Betreuungspersonen vermittelt. Alle Informationen werden vertraulich behandelt und ausschließlich zu Vermittlungszwecken benötigt und elektronisch verarbeitet. Es erfolgt keine Weitergabe der Daten an unbefugte Dritte. Haben Sie Fragen beim ausfüllen, rufen Sie uns an 00420 724 108 007.

Wie soll mit Ihrem Erhebungsbogen verfahren werden?

- Kostenauskunft erbeten
 verbindliche Anmeldung

Ab wann wird eine Betreuung Zuhause benötigt? _____ voraussichtlich bis _____.

Angaben zur zu betreuenden Person

Vorname _____	Nachname _____
Strasse _____	PLZ _____ Ort _____
Staat _____	Geburtsdatum: _____
Mobilnummer: _____	Email: _____

Angaben zur Kontaktperson

Vorname _____	Nachname _____
Strasse _____	PLZ _____ Ort _____
Staat _____	Geburtsdatum: _____
Mobilnummer: _____	Email: _____
Verhältnis zur zu betreuenden Person? (Tochter, Gatte, Sachwalter etc.)	_____

Welche Kontaktmöglichkeit bevorzugen Sie?

- Email
 Telefonisch

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

->> _____



Angaben zur Wohnsituation (zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Haus
<input type="checkbox"/> Öffentliche Verkehrsmittel sind verfügbar	<input type="checkbox"/> am Ortsrand/Stadtrand
<input type="checkbox"/> Einkaufsmöglichkeiten in _____ Gehminuten	<input type="checkbox"/> ein Zimmer für die Betreuungsperson ist verfügbar
Leben Haustiere im Haushalt? Wenn ja, welche?: _____	

Wieviele Personen leben im Haushalt?

<input type="checkbox"/> nur die zu betreuende Person	<input type="checkbox"/> mehr als zwei Personen
<input type="checkbox"/> zwei Personen	<input type="checkbox"/> es sind 2 Personen zu betreuen (bitte Seite 4 auch für die zweite Person ausfüllen)

Ist ein Internetzugang vorhanden?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Kann eine Freizeit der Betreuungsperson von zwei Stunden je Tag gewährleistet werden?

Ja, unter Berücksichtigung von _____

Nein

Sind pflegerische Tätigkeiten durchzuführen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, diese werden von einem externen Dienst durchgeführt.
<input type="checkbox"/> Nein, kein Bedarf.	

Ist eine Betreuung nachts zwischen 22:00 und 6:00 Uhr nötig?

<input type="checkbox"/> Selten (1 bis 2 x pro Woche)	<input type="checkbox"/> Ja, häufig (jede Nacht)
<input type="checkbox"/> Gelegentlich (3 bis 5 x pro Woche).	<input type="checkbox"/> Nein

Welche Hilfsmittel stehen im Haushalt zur Verfügung?

<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Nachtstuhl
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Badewannen oder Duschsitz	<input type="checkbox"/> Hebehilfe/Umsetzhilfe

Persönliches

Wie gestaltet sich der bestehende Tagesablauf?



Welche Erkrankung liegt vor? Weshalb wird eine 24 Stunden Betreuung benötigt? Welche Informationen möchten Sie uns zusätzlich mitteilen?

Gesundheitszustand

Größe und Gewicht der zu betreuenden Person	Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
Liegt eine Pflegestufe vor?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ <input type="checkbox"/> Nein
Raucht die zu betreuende Person?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist die zu betreuende Person gehfähig?	<input type="checkbox"/> Ja, uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Nur mit Hilfe - zum Beispiel Rollator <input type="checkbox"/> Nein
Ist die zu betreuende Person bettlägrig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kann die zu betreuende Person die Mahlzeiten selbst einnehmen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Benötigt die zu betreuende Person Diät?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ <input type="checkbox"/> Nein
Ist die zu betreuende Person inkontinent?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Urininkontinenz, Hilfsmittel _____ <input type="checkbox"/> Ja, Stuhlinkontinenz, Hilfsmittel _____
Liegt eine infektiöse Erkrankung vor?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ <input type="checkbox"/> Nein
Liegt eine Demenzerkrankung vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ _____
Schläft die zu betreuende Person ungestört?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Merkmale treffen auf die zu betreuende Person zu?	<input type="checkbox"/> motorische Unruhe <input type="checkbox"/> Abwehrverhalten im Allgemeinen <input type="checkbox"/> gewalttätig <input type="checkbox"/> sturzgefährdet <input type="checkbox"/> verwirrt



Anforderungen an die Betreuungsperson und die Betreuung

Welche Turnuslänge bevorzugen Sie?	<input type="checkbox"/> 2 Wochen <input type="checkbox"/> 3 Wochen <input type="checkbox"/> 4 Wochen
Welche monatlichen Kosten für die Betreuung sind budgetiert?	Euro _____
Welche(n) Punkt(e) muss die Betreuungsperson erfüllen?	<input type="checkbox"/> einschlägige Ausbildung <input type="checkbox"/> aktive Fahrkenntnisse <input type="checkbox"/> Erfahrung in der Betreuung Zuhause
Welche Anforderung stellen Sie an die Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> mässige Deutschkenntnisse <input type="checkbox"/> kommunikative Deutschkenntnisse <input type="checkbox"/> minimale Deutschkenntnisse <input type="checkbox"/> gute Deutschkenntnisse
Haben Sie bei mehreren Agenturen angefragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welchen Stellenwert haben die Gesamtkosten für Sie?	<input type="checkbox"/> ausschlaggebend <input type="checkbox"/> zu berücksichtigen <input type="checkbox"/> unerheblich
Haben Sie bereits eine Betreuung von einer Agentur und möchten Wechseln?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Sofern Sie die Agentur wechseln möchten, so hilft es uns zu wissen aus welchem Grund:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Angaben aktuell und wahrheitsgemäss sind.

In _____ am, _____ Unterschrift: _____

Rücksendung des Erhebungsbogens

Die Rücksendung des Erhebungsbogens kann per Email: europa-info@volkspflege.com erfolgen oder auf dem Postweg an die Adresse Hoffnung s.r.o., Radniční 133/1, 370 01 České Budějovice, Tschechien. Bei Rücksendung per Post beachten Sie bitte den Postweg, welcher bis zu einer Woche dauert. Nach Erhalt des Erhebungsbogens erhalten Sie zeitnah eine Kostenauskunft übermittelt. Wir danken Ihnen, dass Sie sich Zeit genommen haben den Fragebogen auszufüllen!

