



## ERFASSUNGSFORMULAR FÜR DIE ANGEBOTSERSELLUNG

### Angaben der pflegebedürftigen Person:

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ; Ort \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

### Anführung an die Betreuungskraft:

Nationalität:  Betreuungskraft aus Osteuropa( EU- Bürger)

Betreuungskraft aus Deutschland

Alterswunsch: von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  keine Präferenz

Erfahrung:  Pflegehilfskraft/Haushaltshilfe

Pflegekraft ausgebildet

Sprachkenntnisse:  Keine Kenntnisse(sprechen verstehen wenig-kaum)

Grundkenntnisse (Elementarbegriffe)

mittlere Kenntnisse (einfache Unterhaltung)

gute Kenntnisse

Geschlecht:  weiblich  männlich  keine Präferenz

Weiteres:  Rauchen nicht toleriert

Nur außerhalb der Wohnung

Führerschein

Sonstiges: \_\_\_\_\_



**Unterbringung der Betreuungskraft:**

**Art des Zimmers:**  freie/ Einliegerwohnung  
 Gästezimmer

**Internet vorhanden:**  Ja  Nein

**ca. Wohnfläche in m2** \_\_\_\_\_

**Ausstattung:**

Bett  Schrank  Tisch  Stuhl  TV

**Freizeit(Betreuung kraft) nach Absprache**

Ja  Nein

**im Umfang von:**

einem ganzen Tag

zwei halben Tagen (mind. 6 Std.)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

---

---

**Wohnverhältnisse der Pflegebedürftigen Person**

**Haustyp:**  Wohnung  Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus

**ca. Wohnfläche in m2** \_\_\_\_\_

**Region:**

Dorf

Ländlich

Kleinstadt

Mittlere Stadt

Großstadt



**Anzahl der Person im Haushalt:** \_\_\_\_\_

**Bei mehr als einer Person im Haushalt, fallen für diese Personen Arbeiten an?:**

**Ja**       **Nein**

**Wenn, ja Welsche?**

---

---

**DIE PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSON IST:**

**allein Stehend**

**verheiratet**

**Pflegestufe** \_\_\_\_\_

**Alter** \_\_\_\_\_

**Geburtstag** \_\_\_\_\_

**Gewicht** \_\_\_\_\_

**Größe** \_\_\_\_\_

**Beziehung zur Kontaktperson:**

**Mutter**

**Vater**

**Ehepartner**

**Sonstiges** \_\_\_\_\_

**Hat die Pflegebedürftige Person Altersdemenz?**

**Nein**

**Ja**

**Ausprägung:** \_\_\_\_\_



**Wendigkeit der Pflegebedürftigen Person:**

- Bettlägerig**
- Rollstuhl ist erforderlich**
- Rollator ist notwendig**
- Leicht gehbehindert**
- uneingeschränkt Mobil**

**Wie ist der Zustand der pflegebedürftigen Person?**

**Geistig** \_\_\_\_\_

**Körperlich** \_\_\_\_\_

**Muss die betreuende Person angehoben werden?**  **Ja**  **Nein**

**Kann die zu betreuende Person hierbei mithelfen?**  **Ja**  **Nein**

**Überwachen und Aufstehen nachts notwendig?**

**Nein**  **Ja**

**Wenn ja, Häufigkeit und Aufgaben** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Ist die pflegebedürftige inkontinent?**

**Nein**  **Ja** **Hilfsmittel** \_\_\_\_\_

**Leidet an(Diagnosen, Krankheiten, Allergien):**

\_\_\_\_\_

---

---



**Tätigkeiten für die Betreuung bedürftige Person:  
(kurzen Tagesplan über die zu erfüllenden Tätigkeiten für die Betreuungskraft)**

---

---

---

Kommt regelmäßig ein ambulanter Pflegedienst?

Nein                       Ja                      Aufgaben \_\_\_\_\_

**Betreuung:**

Beginn der Betreuung \_\_\_\_\_

Einsatzdauer: \_\_\_\_\_

Angabe zur Bevollmächtigte/r der Pflegebedürftigen Person

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

**ACHTUNG:** Mit dieser Formular gehen Sie keinen Vertragsabschluss - es ist lediglich Grundlage für die Erstellung eines unverbindlichen und Kostenfreien Angebotes.

**Sie haben noch weitere Fragen? Rufen sie uns gerne unter 0214 312 285 91 an  
Oder schreiben Sie uns E Mail an : [info@assistenzdienste.com](mailto:info@assistenzdienste.com)**