

## 1. Allgemeine Angaben

### Angaben zur Kontaktperson

Name:

Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon (Festnetz):

Telefon (Mobile):

E-Mail Adresse:

Verwandtschaftsgrad zwischen Kontaktperson und Hilfebedürftigen:

### Angaben zum Hilfebedürftigen (Leistungsempfänger)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon (Festnetz):

Telefon (Mobile):

Größe:  cm      Gewicht:  kg

Beginn des Einsatzes der Seniorbetreuerin:

### Einsatz ist geplant:

dauerhaft (bei gutem Verlauf)

zeitlich befristet:

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:

**Wohnt der Hilfebedürftige alleine?**       Ja       Nein

Falls nein, wie viele Personen leben im Haushalt:

**Status der Beeinträchtigungen:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma                | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall               | <input type="checkbox"/> Dekubitus             | <input type="checkbox"/> Demenz            |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung        | <input type="checkbox"/> Osteoporose           | <input type="checkbox"/> Alzheimer Demenz  |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz           | <input type="checkbox"/> Rheuma                | <input type="checkbox"/> Depression        |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie                 | <input type="checkbox"/> Stoma                 | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                | <input type="checkbox"/> Inkontinenz           | <input type="checkbox"/> Parkinson         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Allergien             | <input type="checkbox"/> Tumor / Krebs     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflichtig  | <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle |  |

Sonstiges

**Bestehender Pflegegrad:**

- keine       1       2       3       4       5

**Wurde eine Höherstufung beantragt?**

- keine       1       2       3       4       5

**Pflegedienst:**

Wird die zu betreuende Person derzeit durch einen Pflegedienst versorgt?

- ja       nein

Wie oft wird der Pflegedienst täglich in Anspruch genommen?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?


Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden?

- ja       ja, aber in geringerem Umfang:
- nein

**Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:**

**Probleme in der Kommunikation:**

- Sprache:  keine  mäßige  massive Probleme
- Hörvermögen:  keine  mäßige  massive Probleme
- Sehkraft:  keine  mäßige  massive Probleme

**Welche Hilfsmittel sind vorhanden?**

- Brille:  vorhanden  nicht vorhanden
- Hörgerät:  vorhanden  nicht vorhanden

**Wie ist die Orientierung?**

- Zeitlich:  ja  zeitweise  gar nicht
- Örtlich:  ja  zeitweise  gar nicht
- Persönlich:  ja  zeitweise  gar nicht

**Wie ist die Mobilität?**

- Mobile Person / Geht im Wohnbereich ohne Unterstützung der Seniorenbetreuerin
- Braucht die Unterstützung der Seniorenbetreuerin:
- a) beim Aufstehen  b) beim Gehen  c) beim Treppensteigen
- Geht am Rollator  Sitzt überwiegend im Rollstuhl
- Treppensteigen ist nicht mehr möglich
- Bettlägerige Person

**Welche Hilfsmittel sind vorhanden?**

- Rollstuhl  Rollator  Gehstock
- Patientenlifter  Pflegebett  Toilettenstuhl
- Toilettensitzerhöhung  Dekubitusmatratze  Treppenlift

**Transfer vom Bett in den Rollstuhl:**

- Kein Transfer/mobile Person  Kann beim Transfer mithelfen
- Hilfe beim Transfer durch:  a) Rutschbrett  b) sonstige Person:

**An- und Auskleiden:**

- selbstständig  braucht Hilfe  komplett hilfebedürftig

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:

**Hilfebedarf bei der Körperpflege:**

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterstützung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen /waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gang auf die Toilette:**

- selbstständig       braucht Hilfe / Begleitung       nicht möglich

**Urinkontrolle:**

- kontinent       teilweise inkontinent (z. B. nachts)       inkontinent

Hilfsmittel:

- Windeln       Katheter       Vorlagen       Urinpfanne  
 suprapubischer Katheter

**Stuhlkontrolle:**

- kontinent       teilweise inkontinent (z. B. nachts)       inkontinent

**Steht der Patient nachts auf?**

- nein       1 mal       2-3 mal       mehr als 3 mal

**Grund für das Aufstehen?**

- Aufsuchen der Toilette       Schlaf-/ Wachrhythmus gestört  
 Nächtliche Unruhe

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:

**Nachteinsätze der Seniorenbetreuerin:**

- Keine Nacheinsätze erforderlich / lediglich eine Rufbereitschaft im Notfall
- Regelmäßig anfallende nächtliche Einsätze und zwar:
  - 1 mal pro Nacht
  - 2-3 mal pro Nacht
  - mehr als 3 mal pro Nacht

**Nahrungsaufnahme/ Essen und Trinken:**

- selbstständig
- Essen muss in portionsgerechten Stücken serviert werden
- Anreicherung der Mahlzeiten notwendig

**Kau- und Schluckstörungen:**

- keine Störung
- vorhandene Störung, und zwar:

**Diät /Nahrungsmittelunverträglichkeit:**

- keine Diät, normale Kost
- Diät / Nahrungsmittelunverträglichkeit, und zwar

**Aktuelle Therapien:**

- keine
- Krankengymnastik
- Logopädie

Sonstige:

**Wie ist der Patient vom Wesen und Charakter (kurze Beschreibung):**


Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:

## 2. Angaben zum gewünschten Personal

### Geschlecht:

- Frau                       Mann                       keine Präferenz

### Alter (in Jahren)

- 20-30                       30-40                       älter als 40                       keine Präferenz

### Sprachkenntnisse:

- mit **Grundkenntnissen** der deutschen Sprache  
(Grundkenntnisse, einfache Anweisungen auf deutsch sollten verstanden werden)
- mit **mittleren Kenntnissen** der deutschen Sprache  
(einfache Unterhaltungen in deutscher Sprache möglich)
- mit **guten Kenntnissen** der deutschen Sprache  
(gute Unterhaltungen in deutscher Sprache sind möglich)

### Führerschein und Fahrpraxis:

- Ja, Fahrpraxis ist zwingend erforderlich                       Fahrpraxis ist wünschenswert
- Fahrpraxis ist nicht notwendig

### Raucher/in

- Rauchen ist außerhalb des Wohnbereiches / Hauses akzeptabel
- Rauchen ist auch außerhalb des Wohnbereiches **nicht** akzeptabel (Nichtraucher/in)
- Wir rauchen selbst im Wohnbereich Zigaretten (Raucherhaushalt)

### Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an die Pflegekraft / Betreuerin (Charakter, Eigenschaften, persönliche Belastbarkeit)?


Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:

### 3. Rahmenbedingungen

#### Wohnsituation:

- Einfamilienhaus       Mehrfamilienhaus       Wohnung

#### Größe der Wohnung/ des Hauses:

 qm

#### Wohnbereich der Seniorenbetreuerin:

- Eigenes möbliertes Zimmer (abschließbar) ist vorhanden

#### Anmerkung:

Das Zimmer sollte mit einem Bett, Tisch, Schrank und nach Möglichkeit mit einem TV versehen sein.

#### Optional:

- Eigene Etage für die Seniorenbetreuerin  
 Eigenes Badezimmer für die Seniorenbetreuerin  
 Eigene Küche für die Seniorenbetreuerin

#### Kontaktgewährung der Seniorenbetreuerin nach Polen wird ermöglicht durch:

- Internet / WLAN  
 Telefonflatrate in das polnische Festnetz       Internet Stick

#### Lage

- Großstadt       mittlere Stadt       Kleinstadt       Dorf

#### Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß:

- ca. 10 Min.     ca. 20 Min.     ca. 40 Min.     ca. 1 Stunde     länger als 1 Stunde

#### Sonstige Informationen:

#### Haustiere:

- keine       Ja, und zwar das folgende Haustier:

- Das Haustier soll mit versorgt werden von der Seniorenbetreuerin

#### Einkäufe / Kochen / Essensvorbereitung

- immer       nach Bedarf       nein

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:

**Waschen / Bügeln**

immer  nach Bedarf  nein

**Begleitung bei Arztbesuchen**

immer  nach Bedarf  nein

**Gibt es eine Haushaltshilfe:**

nein  ja

Wenn ja, wie oft kommt Sie zum Einsatz:

**Geht die zu betreuende Person in eine Tagespflege:**

nein  ja

Wenn ja, wie oft und an welchen Wochentagen:

**Soll für eine weitere im Haushalt lebende Person Leistungen im Bereich der Haushaltsführung erbracht werden?**  Ja  Nein

**Soll eine weitere im Haushalt lebende Person betreut oder gepflegt werden?**

Ja  Nein

**Wenn eine weitere Person betreut oder gepflegt werden soll, bitte angeben:**

Geschlecht  Männlich  Weiblich

Geburtsdatum:

Größe:  cm Gewicht:  kg

**Bestehender Pflegegrad:**

keine  1  2  3  4  5

**Welche weiteren Informationen sind Ihnen wichtig?**


Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:

## Datenschutz

Wir respektieren und schützen Ihre Privatsphäre.

Ihre Angaben in dem Bedarfsfragebogen dienen ausschließlich dazu, dass wir Ihnen Betreuungskräfte vorstellen. Mit diesen Betreuungskräften wird die Arbeitsstelle im Haushalt der betroffenen hilfebedürftigen Person sowie deren Hilfebedarf besprochen. Ihre Vertragsdaten und die dazugehörigen Dokumente speichern wir nur für die Dauer Ihrer Vertragslaufzeit.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten an unsere Vertragspartner innerhalb der EU (osteuropäische Personalagenturen) übermitteln, die ebenso zur Einhaltung der EU-DSGVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung) verpflichtet sind.

Eine Weitergabe an außenstehende Personen und zu einem anderen Zweck (Werbezweck etc.) ist somit ausgeschlossen.

Wenn Sie eine erteilte Einwilligung widerrufen, einschränken oder der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten widersprechen möchten, genügt jederzeit eine kurze Nachricht an uns per E-Mail oder per Post an die oben angegebene Anschrift, Abteilung Datenschutz.

## Bestätigung:

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass Pflegevermittlung Weishaupt die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Zudem versichere ich, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein.

Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der Pflegevermittlung Weishaupt kontaktiert zu werden.

Ich bestätige ferner, dass die oben genannten Angaben nach meinem Kenntnisstand zutreffend und wahrheitsgemäß sind.

---

Datum, Unterschrift, Signatur

**Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt:**

Per E-Mail:  
info@pflegevermittlung-weishaupt.de

Per Post:  
Pflegevermittlung Weishaupt  
Malgorzata Behling  
Riesserstraße 11  
D-20535 Hamburg