

3. Die hilfsbedürftige(n) Person(en)

Angaben zur Person (1):

Geschlecht: männlich weiblich
 Geburtsdatum: _____
 Pflegestufe: _____ Härtefall
 Gewicht: _____
 Größe: _____

(lebt im Haushalt eine weitere zu betreuende Person, bitte ausfüllen:)

Angaben zur Person (2): keine weiteren hilfsbedürftigen Personen im Haushalt

Geschlecht: männlich weiblich
 Geburtsdatum: _____
 Pflegestufe: _____ Härtefall
 Gewicht: _____
 Größe: _____

Krankheitsmerkmale & Mobilität (bei zwei Personen, bitte P1 und/oder P2 eintragen)

<input type="checkbox"/> Alzheimer	___	___	<input type="checkbox"/> Bettlägerig	___	___
<input type="checkbox"/> Demenz	___	___	<input type="checkbox"/> Rollstuhlfähig	___	*
<input type="checkbox"/> MS-Patient	___	___	<input type="checkbox"/> Rollatorfähig	___	*
<input type="checkbox"/> Geistig behindert	___	___	<input type="checkbox"/> leicht Gehbehindert	___	___
<input type="checkbox"/> Inkontinent	___	___	<input type="checkbox"/> Uneingeschränkt mobil	___	___

* Rollator / Rollstuhl vorhanden

sonstige Krankheiten, Beschwerden oder Anmerkungen:

Hobbies und Interessen der zu betreuenden Person(en)

4. Leistungserbringung

Welche Leistungen sollen vom polnischen Dienstleister übernommen werden:

- Grundpflege
- Hauswirtschaftliche Tätigkeiten

Die Leistungen im Detail:

Bitte benennen Sie die zu verrichtenden Arbeiten (z.B. Körperpflege, Windeln wechseln, Kochen, Einkaufen, Vorlesen, Spaziergehen etc.):

Müssen Nachtschichten gemacht werden?

- nein
- ja

Wenn ja, wie oft wird die Hilfskraft eingesetzt?

- oft
- regelmäßig
- gelegentlich

was muss beiachteinsätzen gemacht werden?

Kommt ein ambulanter Pflegedienst regelmäßig?

- nein
- ja

Wenn ja, welche Aufgaben übernimmt er und wie oft kommt er?

- Der Pflegedienst soll nach Möglichkeit abbestellt werden

5. Wohnverhältnisse

Die zu betreuende Person lebt:

- in einem Haus von _____qm mit ____ Zimmern
 in einer Wohnung von _____qm mit ____ Zimmern

Im Haushalt wohnt / wohnen insgesamt ____ Person(en)

Haustiere vorhanden (wenn ja, welche)?: _____

Die Person wird untergebracht in ____ Zimmer(n) (mit Bett und Schrank)

- ein Fernseher wird zusätzlich zur Verfügung gestellt
 getrenntes WC/Bad
 sonstiges: _____

Sonstige Anmerkungen zu den Wohnverhältnissen:

6. Auftragsbeginn und Betreuungszeiten

Wann soll mit der Betreuung begonnen werden?

- ab sofort oder
 ab dem _____

7. Wie möchten Sie Ihre Rückantwort erhalten?

- E-Mail (an die o. g. Adresse und | oder: _____
 Telefon (an die o. g. Nummer und | oder: _____
 Fax (an die o. g. Nummer und | oder: _____
 Post (an die o. g. Adresse und | oder: _____

Dieses Formular bitte per Fax senden an: 04821-4082233