



## Kontaktformular

(Bitte mit schwarzem Stift ausfüllen)

### Name der Kontaktperson :

Name : .....

Vorname : .....

Straße : .....

PLZ : ..... Ort : .....

Telefon : .....

Mobil : .....

E-mail : .....

Fax : .....

### Zu betreuende Person :

Herr / Frau : .....

Straße : .....

PLZ : ..... Ort : .....

Telefon : ..... E-mail : .....

Fax : .....

Geburtsdatum : .....

Größe : .....

Gewicht : .....

Angebot mit Vorschlag

ohne Vorschlag



**Kontaktformular**

**Wohnverhältnisse der zu betreuenden Person:**

Wohnt allein   
zu zweit   
mehrere Personen im Haushalt

Haus   
Wohnung   
Anzahl Zimmer .....  
Wohnfläche qm .....

Sind Haustiere vorhanden: ja  nein

Wenn ja, welche : .....

**Welche Grunderkrankungen stehen im Vordergrund :**

Alzheimer  Demenz   
MS  Allergien

Weitere/Andere Krankheiten/Diagnosen :

.....  
.....  
.....

**Welche Begleiterkrankungen stehen im Vordergrund:**

.....  
.....  
.....  
.....



## Kontaktformular

### Pflegegrad :

- Keine
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Beantragt :
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

### Pflegedienst :

Erfolgt z. Zeit Versorgung durch Pflegedienst : ja  nein

Wie oft täglich : .....

Welche Tätigkeit erbringt der Pflegedienst :

.....  
.....

Soll der Pflegedienst auch weiterhin  
in Anspruch genommen werden : ja  nein

### Probleme mit der Kommunikation :

Sprache ja  nein

Hörvermögen ja  nein

Sehkraft ja  nein

Hilfsmittel

Hörgerät ja  nein

Brille ja  nein

### Probleme mit der Orientierung :

Zeitlich ja  nein

Örtlich ja  nein



## Kontaktformular

Persönlich ja  nein

### Probleme mit der Bewegung :

Selbstständig ja  nein   
 mit Unterstützung ja  nein   
 Überwiegend im Rollstuhl ja  nein   
 Bettlägerig ja  nein

### Probleme beim Treppensteigen :

Selbstständig ja  nein   
 Mit Unterstützung ja  nein   
 Nicht möglich ja  nein

### Probleme bei Transfer Bett/Rollstuhl :

Selbstständig ja  nein   
 Hilft mit ja  nein   
 Komplett hilfsbedürftig ja  nein   
 Bettlägerig ja  nein

### Vorhandene Hilfsmittel :

Pflegebett ja  nein   
 Dekubitusmatratze ja  nein   
 Transferlifter ja  nein

Badewannenlifter ja  nein   
 Rollstuhl ja  nein   
 Rollator ja  nein

Evtl. Weitere .....

### Baden/ Duschen :

Selbstständig ja  nein   
 Braucht Hilfe ja  nein   
 komplett hilfsbedürftig ja  nein

### Körperpflege :

Selbstständig ja  nein   
 Teilweise selbstständig ja  nein   
 Unter Anleitung ja  nein   
 Komplette Unterstützung notwendig ja  nein

### Urinkontrolle :



**Kontaktformular**

- Kontinent ja  nein
- Teilweise inkontenet ja  nein
- Windeln ja  nein
- Katheter ja  nein
- Vorlagen ja  nein
- Superapubisch.Katheter ja  nein
- Inkontinent ja  nein
- Urinflasche ja  nein

**Stuhlkontrolle :**

- Kontinent ja  nein
- Teilweise inkontinent (z.B. nachts) ja  nein
- Inkontinent ja  nein

**An-/und Auskleiden :**

- Selbständig ja  nein
- Braucht Hilfe ja  nein

**Essen/ Trinken :**

- Selbstständig ja  nein
- Braucht Hilfe z.B. beim Schneiden ja  nein

**Ein/Durchschlafen :**

- Keine Probleme ja  nein
- Sporadisch ja  nein
- Schlaf-/Wachrhythmus gestört ja  nein

**Aktuelle Therapien :**

- ja  nein

wenn ja welche :

.....

.....

**Wie ist die zu betreuende Person von Wesen und Charakter :**

.....

**Welche Art von Grundpflege benötigt die zu betreuende Person:**

.....

.....



## Kontaktformular

### Anforderungen und Rahmenbedingungen an das Personal

Einsatzbeginn ..... Einsatzdauer : .....

#### Anforderung

Frau  Mann  egal  Raucher  Nichtraucher

#### Alter :

20-23 Jahre  30-40 Jahre  40-50 Jahre  älter als 50

Egal

#### Sprachkenntnisse :

Sehr gut  gut  befriedigend  ausreichend  schwach

#### Ausbildung :

Krankenschwester  Altenbetreuerin  Pflegehilfskraft

Führeschein notwendig: Ja  nein  Wäre gut

### Ausstattung des Zimmers für den / die Mitarbeiter/in :

Eigenes Bad  Bett  Tisch  Schrank  Radio  TV

Internet  Festnetz für Ausland

Einkaufsmöglichkeit ? .....

### Arbeitspensum und Freizeitregelung :

Einsatzzeit pro Tag .....

Freizeit pro Tag .....



**Kontaktformular**

**Haushalt und hauswirtschaftliche Versorgung** ja  nein

wenn ja, welche ?

.....  
.....  
.....

**Antwort erwünscht per :**

- Mail
- Telefon
- Fax
- Schriftlich

Datum : ..... Unterschrift : .....

**Wir wurden von der Stiftung Warentest Ausgabe 05.2009 getestet.  
Es waren 17 Agenturen im Test.**

<b>Stiftung Warentest</b> <b>test</b> 	<b>Ausgabe 05.2009</b>
	<b>17 Vermittlungsagenturen im Test</b>
	Bedarfsanalyse und Personalvorschläge: 3,1 befriedigend
	Transparenz der Vermittlungstätigkeit : 2,3 gut
	Rechtsaufklärung und - Umsetzung : 4,0 ausreichend
	Kostentransparenz : 2,8 befriedigend
Kundenservice: 2,1 gut	

Ergebnis unter : [www.test.de](http://www.test.de)

Unterschrift : .....