

**Agentur Pflege24Senioren,  
Am Schützenwald 35, 17373 Ueckermünde  
Tel.: 039771 – 527 990, Fax: 039771 – 527 991  
Mail: pflege24senioren@gmx.de**

**Kontaktperson** - Verhältnis zum Leistungsempfänger : Vater/Mutter \_\_\_\_\_

Familien - Name : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_

Straße/Nr. : \_\_\_\_\_ PLZ/Ort : \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_ Handy : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_ E-Mail : \_\_\_\_\_

**Leistungsempfänger**

Familien – Name : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort : \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_ Handy : \_\_\_\_\_

Alter : \_\_\_\_\_ Größe/cm \_\_\_\_\_ Gewicht/kg \_\_\_\_\_ Raucher \_\_\_\_\_

Anzahl der Mitglieder im Haushalt \_\_\_\_ Braucht ein weiteres Familienmitglied Hilfe? \_\_\_\_  
Falls ja, bitte für jede weitere Person einen Fragebogen ausfüllen.

Wohnen Angehörige im selben Haus? \_\_\_\_\_ in der Nähe? \_\_\_\_\_ kommen wie oft zu Besuch? \_\_\_\_\_

Pflegestufe I, II oder III \_\_\_\_ keine \_\_\_\_ Härtefall \_\_\_\_\_ Pflegestufe beantragt \_\_\_\_\_

**Wann soll die Beschäftigung beginnen ?** \_\_\_\_\_

Wer soll Vertragspartner werden? (Kontaktperson oder Leistungsempfänger) \_\_\_\_\_

Beschäftigungsdauer: langfristig \_\_\_\_\_ steht noch nicht fest \_\_\_\_\_ mindestens \_\_\_\_ Monate

Voraussichtliche Arbeitszeit pro Tag: \_\_\_\_ Std., Regelmäßige Nachteinsätze(z.B. Toilettengänge) \_\_\_\_\_

Ist/wird ein Pflegedienst beauftragt? \_\_\_\_\_ Soll der Pflegedienst künftig noch kommen? \_\_\_\_\_

**Einschränkungen/Krankheiten**

Geistige Situation: klar \_\_\_\_ verwirrt \_\_\_\_ dem Alter normal \_\_\_\_ teilnahmslos \_\_\_\_

Beweglichkeit: Rollstuhl \_\_\_\_\_ kann alleine laufen \_\_\_\_\_ bettlägerig \_\_\_\_ läuft mit Hilfe \_\_\_\_\_

Toilette: mit Hilfe \_\_\_\_ selbständig \_\_\_\_ Urininkontinenz \_\_\_\_ Stuhlinkontinenz \_\_\_\_ Katheter \_\_\_\_

Körperpflege: mit Hilfe \_\_\_\_ ohne Hilfe \_\_\_\_ An- und Auskleiden: mit Hilfe \_\_\_\_ ohne Hilfe \_\_\_\_\_

Nahrungsaufnahme: mit Hilfe \_\_\_\_ ohne Hilfe \_\_\_\_ Aufstehen/zu Bett gehen: mit Hilfe \_\_\_\_ ohne Hilfe \_\_\_\_

Alzheimer \_\_\_\_ Demenz \_\_\_\_ Parkinson \_\_\_\_ Schlaganfall \_\_\_\_ Schwerhörigkeit \_\_\_\_ MS \_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

---

**Vorlieben:** (Fernsehen – welche Filme - , spazieren gehen, Speisen, Literatur – welche - , Spiele, Theater)

---

**Personalanforderungen:**

Sprachkenntnisse: a) Deutsche Sprachkenntnisse sind nicht erforderlich \_\_\_\_\_  
b) Mindestens Grundkenntnisse der deutschen Sprache  
(einfache Anweisungen auf Deutsch sollten verstanden werden) \_\_\_\_\_  
c) Erweiterte deutsche Sprachkenntnisse  
(einfache Unterhaltung auf Deutsch sollte möglich sein) \_\_\_\_\_  
d) Eine andere Sprache ist ausreichend. Welche? \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich \_\_\_\_\_ männlich \_\_\_\_\_ egal \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Führerschein: erforderlich \_\_\_ nicht erforderlich \_\_\_ Raucher: ja \_\_\_ nein (nur im Freien) \_\_\_

Weitere Anforderungen: \_\_\_\_\_

Tätigkeiten: 24-Stunden Rufbereitschaft \_\_\_ einkaufen \_\_\_ kochen \_\_\_ Haus/Wohnung reinigen \_\_\_  
Wäsche waschen \_\_\_ Hilfe bei der Körperpflege \_\_\_ Freizeitgestaltung \_\_\_ Ausflüge \_\_\_  
Arztbegleitung \_\_\_ Autofahrten \_\_\_ spazieren gehen \_\_\_ Gartenarbeit \_\_\_ Haustiere  
füttern (Hausgröße/qm \_\_\_ Gartengröße/qm \_\_\_ Haustierart \_\_\_)

andere Leistungen: \_\_\_\_\_

---

**Freizeitausgleich** (z.B. ein Tag pro Woche, ein freies Wochenende pro Monat): \_\_\_\_\_

**Verpflegung:** Mit Familie oder separate Verpflegung? \_\_\_\_\_

Der nächste Bahnhof (Anschrift) ist: \_\_\_\_\_

Wer holt die Betreuungskraft am Bahnhof ab? \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Raum für weitere Angaben und Anforderungen: \_\_\_\_\_

---

---

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