



01

## BETREUUNGSBOGEN

### 1. Angaben zum Auftraggeber (Kontaktperson)

Name / Vorname

---

Straße, Nr.

---

PLZ, Ort

---

Telefon

---

Fax

---

E-Mail

---



02

## BETREUUNGSBOGEN

### 2. Angaben zur zu betreuenden Person (Leistungsempfänger)

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Personalausweis-Nr. \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Welche Hilfsmittel  
sind vorhanden?

- |                                          |                                          |                                         |
|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille          | <input type="checkbox"/> Hörgerät        | <input type="checkbox"/> Rollstuhl      |
| <input type="checkbox"/> Rollator        | <input type="checkbox"/> Nachtstuhl      | <input type="checkbox"/> Badewannenlift |
| <input type="checkbox"/> Vierpunkt-Stock | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |                                         |

Beschreibung der Unterkunft:

- |                                                   |                                        |                                            |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| Die zu betreuende(n) /<br>Person(en) lebt / leben | <input type="checkbox"/> in einem Haus | <input type="checkbox"/> in einer Wohnung  |
|                                                   | <input type="checkbox"/> qm            | <input type="checkbox"/> Anzahl der Zimmer |
|                                                   | <input type="checkbox"/> mit Garten    |                                            |



# 03

## BETREUUNGSBOGEN

### 3. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Pflegestufe  keine Pflegestufe  1  2  3  Härtefall

Welche Krankheitsbilder sind bekannt? (z.B. Schlaganfall, Parkinson, etc.)

---

---

---

Betreuungsumfang / Tätigkeitsbeschreibung (z.B. Körperpflege, An- und Ausziehen, hauswirtschaftliche Unterstützung, etc.):

---

---

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: \_\_\_\_\_

alleinstehend:  ja  nein

falls nein: wie viele Personen leben im Haushalt? \_\_\_\_\_

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?  ja  nein



# 04

## BETREUUNGSBOGEN

### 4. Angaben zum Personal

Kann dem Personal ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden?

 ja nein

Anforderungen an das Personal - gewünschte Leistungen:

 Hauswirtschaftliche Unterstützung 24-Stunden Betreuung / Pflege Urlaubsvertretung / Begleitung

gewünscht wird:

 Frau Mann egal Nichtraucher Raucher egal

gewünschte Sprachkenntnisse:  
Eine Beschäftigung ist möglich

 mit geringen Kenntnissen der deutschen Sprache (Grundkenntnisse, einfache Anweisungen auf Deutsch sollten verstanden werden). mit einfachen Kenntnissen der deutschen Sprache (eingeschränkte Unterhaltungen auf Deutsch sollten möglich sein). mit befriedigenden Kenntnissen der deutschen Sprache (einfache Unterhaltungen auf Deutsch sollten möglich sein). mit guten bis sehr guten Kenntnissen der deutschen Sprache (Unterhaltungen auf Deutsch sollten möglich sein).



# 05

## BETREUUNGSBOGEN

### 5. Allgemeine Angaben

Wie sind Sie auf die  
pflegeagenturplus  
aufmerksam geworden?

Kranken-  
häuser

Ärzte

Familie /  
Bekannte

Internet

Senioren-  
büros

Sonstige \_\_\_\_\_

Wie möchten Sie Ihre  
Rückantwort erhalten?

eMail

Telefon

Fax

Post

Haben Sie noch Fragen oder Anregungen?

---

---

---

---

Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet. Bitte senden Sie dieses Formular per Fax, E-Mail oder Post an die o.g. Adresse.

Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten gespeichert und maschinell verarbeitet werden. Weiterhin versichere ich, dass die persönlichen Daten korrekt und vollständig sind. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung der Interessentenanfrage durch „pflegeagenturplus“ kontaktiert zu werden. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen. Der Widerspruch ist an die pflegeagenturplus Franchise GmbH, Max-Keith-Str. 42, 45136 Essen, zu richten.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_