

## Herzlich Willkommen bei der 65+daheim

Wir freuen uns über Ihr Interesse! Um Ihnen Pflegekräfte mit passender Qualifikation vorstellen zu können, bitten wir Sie, den Fragebogen möglichst vollständig, gewissenhaft und leserlich auszufüllen. Vielen Dank!

Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per **E-Mail** an **info@65plusdaheim.at**  
oder per **Fax** in Österreich **+43 (5223) 204532**  
oder **per Post** an:

65+daheim

Erlersstr. 2/2 Stock  
6060 Hall i.Tirol  
Österreich



### 1. Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz/Handy: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

### 2. Pflegebedürftige Person/en / Leistungsnehmer:

eine Person im Haushalt

Zwei Personen im Haushalt

1. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  m  w

Geburtsdatum / Größe / Gewicht : \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  m  w

Geburtsdatum / Größe / Gewicht: \_\_\_\_\_

Strasse/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz/Handy: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

### 3. Wer ist der Ansprechpartner und Vertragspartner?

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Verhältnis zur pflegebedürftigen Person:  
(Ehefrau/-mann, Tochter, Sohn, Mutter, Vater, Schwester, Bruder, Enkel, etc.)

#### 4. Angaben zum Leistungsnehmer

- Pflegestufe:       Keine                       Eins                       Zwei                       Drei  
                           Vier                       Fünf                       Sechs                       Sieben
- Mobilität:             Selbstständig       Mit Unterstützung    Im Rollstuhl             Bettlägerig
- Hilfsmittel vorhanden  Hebegurt                       Hebesitz                       Patientenlift
- Geistiger Zustand:    Klar                       apathisch                       Orientierungslos
- Toilette:               Selbstständig       Mit Hilfe                       Inkontinenz

Krankheiten:

- Alzheimer/Demenz       ALS                       MS-Patient               Schlaganfall
- Herz-Kreislaufkrankung  Tumorerkrankung    Gehbehindert             Schwerhörigkeit
- Dauerkatheter             Parkinson               Geistig behindert       Sehbehinderung       Blind
- Diabetes                       Bluthochdruck             Dekubitus (Druckgeschwür)
- Stoma (Darmausgang, Urinausleitung)       Tracheostomiert (beatmet)

Weitere /andere Einschränkungen:

- Überwachung und / oder Betreuung in der Nacht    Ja                       Nein                       Unklar
- Ist derzeit ein Pflegedienst tätig?                       Ja                       Nein
- Soll dieser weiter tätig sein?                               Ja                       Nein
- Betreuungsdauer                       langfristig                       für kurze Zeit (drei bis sechs Monate)

Geplante Betreuungsdauer:

Ab wann soll die Betreuung stattfinden?

Hobbys des Leistungsnehmers:

#### 5. Angaben zum Haushalt

Wie viele und welche Personen leben im Haushalt:

- Haus                       Wohnung                      Haushaltsfläche:
- Arbeiten im Haushalt       Ja                       Nein
- Welche?                       Kochen                       Putzen                       Waschen                       Bügeln
- Gartenpflege erwünscht?    Ja                       Nein                      Gartenfläche:
- Pflege von Haustieren       Ja                       Nein                      Art der Tiere:
- Ist ein Auto vorhanden       Ja                       Nein

Zusätzliche Anforderungen / Bemerkungen:

## 6. Arbeitszeit / Freizeit:

Ein freier Tag pro Woche  Ja  Nein

Ein freies Wochenende pro Monat  Ja  Nein

Wie viele freie Stunden pro Tag

Geplante Arbeitszeiten:

## 7. Anforderungen an die Betreuerin / den Betreuer:

Geschlecht  Weiblich  Männlich  Egal

Deutschkenntnisse  Grundkenntnisse  Fortgeschritten

Gute Kenntnisse  Sehr gute Kenntnisse

Pflege Erfahrung  Egal  Pflegehelfer/in

Pflegefachkraft  Krankenschwester/-pfleger

Führerschein mit Praxis  Egal  Gerne  Sehr wichtig

Alter  20 – 40 Jahre  40 – 60 Jahre  Egal

Nichtraucher/in  Egal  Sehr wichtig

Wünsche / Anregungen / Bemerkungen:

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Ich bin mir bewusst, dass dieser Fragebogen – im Falle einer Beauftragung – Bestandteil des Dienstleistungsvertrages sein wird.

Der Vermittler ist berechtigt, kundenspezifisch erhobene Daten schriftlich und auf EDV-Datenträger zu speichern und im Rahmen der zur Vermittlung notwendigen Tätigkeiten und Datenaustauschvorgänge zu verwenden. Weitere Verwendungsarten oder gar Weitergabe an Dritte außerhalb der eigentlichen Tätigkeit sind ohne vorherige ausdrückliche Genehmigung des Kunden nicht gestattet. Die Daten bleiben für die Dauer eines Vermittlungsvorganges und darüber hinaus für die Dauer eines bestehenden Vertragsverhältnisses gespeichert. Weitere Speicherungen erfolgen zu Buchungszwecken im nötigen Umfang. Der Auftraggeber versichert, Daten aller vorgestellter Betreuerinnen ausnahmslos nicht an Dritte weiterzuleiten oder Einsicht zu gewähren.

Ort:

Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_