



## 2. Pflegebedürftigkeit

Welchen Pflegegrad hat der/ die Pflegebedürftige (0-5)? \_\_\_\_

Wurde eine Erst- oder Höherstufung beantragt?  Nein  Ja

### Diagnosen

---

---

Palliativpatient(in)  fortschreitend  Endstadium

In der Palliativversorgung geht es um die umfassende Betreuung von Menschen mit nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung. Das oberste Ziel ist die Linderung ihrer Beschwerden und die Steigerung ihrer Lebensqualität.

Die zu betreuende Person leidet an ansteckende Krankheiten  Nein  Ja  
Welche? \_\_\_\_\_

### Einnahme von Medikamenten erfolgt

selbstständig  braucht Unterstützung  komplett hilfebedürftig

### Kommunikation

Hören	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Sprechen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Sehen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt

### Orientierung

Zeitlich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Örtlich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Persönlich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt

### Mobilität und Beweglichkeit

#### An-/Auskleiden

selbstständig  braucht Unterstützung  komplett hilfebedürftig

#### Hinsetzen - Aufstehen

selbstständig  braucht Unterstützung  komplett hilfebedürftig

#### Stehen

selbstständig  braucht Unterstützung  komplett hilfebedürftig

#### Gehen

selbstständig  braucht Unterstützung  komplett hilfebedürftig

#### Treppen steigen

selbstständig  braucht Unterstützung  komplett hilfebedürftig

### Spazieren gehen

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfebedürftig

### Lagern im Bett

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfebedürftig

### Transfer Bett - Rollstuhl

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfebedürftig

### Transfer Rollstuhl - Toilettenstuhl

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfebedürftig

### Toilettengang

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfebedürftig

## Körperpflege

### Haarpflege

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfebedürftig

### Hautpflege

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfebedürftig

### Nagel-/ Fußpflege

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfebedürftig

### Rasieren

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfebedürftig

### Mund-/ Zahn-/ Prothesenpflege

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfebedürftig

Waschen im Bett?       Nein       Ja

Baden/ Duschen - Wie oft? \_\_\_\_\_

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfebedürftig

### Waschen am Waschbecken/ im Bad

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfebedürftig

### Intimpflege

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfebedürftig

### Intimpflege nach Ausscheidung

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfebedürftig

## Hilfsmittel

---



---

## Sonstige an der Betreuung und Pflege beteiligten Personen/ Dienstleister

Pflegedienst ja, wie oft und welche Tage? \_\_\_\_\_  
 Tagespflege ja, wie oft und welche Tage? \_\_\_\_\_  
 Haushaltshilfe ja, wie oft und welche Tage? \_\_\_\_\_  
 Podologe/ Fußpflege ja, wie oft und welche Tage? \_\_\_\_\_  
 Einkaufsdienst ja, wie oft und welche Tage? \_\_\_\_\_  
 Sonstige \_\_\_\_\_

## Nahrungsaufnahme

### Nahrungsaufnahme

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfbedürftig

### Trinken

selbstständig       braucht Unterstützung       komplett hilfbedürftig

Diätvorschriften - Welche? \_\_\_\_\_

## Nachtruhe

### Schlafenszeit

Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

### Ohne Unterbrechung

Nein  Ja

### Werden Schlafmittel eingenommen?

Nein  Ja

### Nachteinsätze - Wenn ja, wie oft?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Welche Hilfe wird nachts benötigt?

---



---

## Wichtige Anmerkung

Planen Sie genügend Pausenzeiten für die Betreuungskraft ein, wenn es zu Nachteinsätzen kommt. Der Betreuungskraft stehen täglich zwei bis drei Stunden Pause zu sowie ein freier Nachmittag pro Woche. Im Dienstleistungsvertrag ist eine 40-Stunden-Woche für die Betreuungskraft festgelegt.

Wie wird die Betreuung zur Überbrückung der Pausenzeiten gewährleistet?

---



---

## In welchen Therapien befindet sich die zu betreuende Person?

Ergotherapie  Zuhause  Auswärts

Logopädie  Zuhause  Auswärts

Physiotherapie  Zuhause  Auswärts

## 3. Freizeit und Beschäftigung

### Tagesgestaltung

selbstständig  braucht Unterstützung  komplett hilfebedürftig

### Hobby- / Interessenbeschreibung

---



---

### Wie ist die zu betreuende Person vom Wesen und Charakter?

---



---

### Tagesablauf (Bitte soweit es geht mit Angabe der Uhrzeit)

---



---



---



---



---

## 4. Wohnsituation

### Wohnlage

Großstadt  Kleinstadt  Ländlich

### Wohnumgebung

Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  Wohnung

### Einkaufsmöglichkeit zu Fuß erreichbar in ca.

unter 15 Minuten  unter 30 Minuten  über 30 Minuten

### Ausstattung des Zimmers/ Wohnraums der Betreuungskraft

Eigenes Bad  Bett\*  TV  
 Tisch und Stuhl  Schrank  WLAN\*\*  
 separate Wohnung  Auto  Sonstiges (Bsp.: Fahrrad)

\* Eine bequeme Schlafmöglichkeit ist wichtig für einen erholsamen Schlaf, damit die Betreuungskraft Ihrem Angehörigen bestens zur Seite stehen kann.

\*\* Eine WLAN-Verbindung ist Voraussetzung und muss gestellt bzw. eingerichtet werden.

## 5. Anforderungen an die Betreuungskraft

### Geschlecht

männlich                       weiblich                       keine Präferenz

### Alter

20-50                       älter als 50                       keine Präferenz

### Führerschein

erforderlich                       nicht erforderlich                       keine Präferenz

### Rauchen

ja     ja, aber nur draußen     nein, unter keinen Umständen     keine Präferenz

### Sprachniveau - deutsch\*

Grundkenntnisse     mittlere Sprachkenntnisse     sehr gute Sprachkenntnisse\*\*

\*Weitere Sprachkenntnisse möglich

### Wesen/ Charakter und Sonstige Anforderungen an die Betreuungskraft

---



---

\*\*Je besser die Deutschkenntnisse, desto höher der Preis.

## 6. Welche Aufgaben sollen erbracht werden?

### Kochen

Immer                       Bei Bedarf                       Nie

### Putzen

Immer                       Bei Bedarf                       Nie

### Wäsche waschen

Immer                       Bei Bedarf                       Nie

### Bügeln

Immer                       Bei Bedarf                       Nie

### Einkaufen

Immer                       Bei Bedarf                       Nie

### Begleitung zum Arzt

Immer                       Bei Bedarf                       Nie

### Welche weitere Unterstützung wird im Haushalt benötigt?

---



---

Sollen Haustiere mitversorgt werden?  Nein                       Ja

Um welche/s Tier/e handelt es sich? \_\_\_\_\_

Wobei wird Unterstützung benötigt? \_\_\_\_\_

## 7. Sonstige wichtige Informationen

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

---

## Hinweis zum Datenschutz (EU-DSGVO) und Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die Edelweiss-Betreuung meine personenbezogenen Daten verwenden und weiterleiten dürfen.

Diese dienen allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses. Diese sind notwendig und erforderlich und werden auf Grundlage der geltenden gesetzlichen Bestimmungen (EU-DSGV) erhoben und verarbeitet.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten zur Erfüllung unserer vertraglichen Pflichten an unsere Vertragspartner innerhalb der EU (osteuropäische Personalagenturen) übermitteln. die gleichermaßen zur Einhaltung der EU-DSVG verpflichtet sind.

Mir ist bewusst, dass ich dies Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen für die Zukunft widerrufen kann, indem ich die Edelweiss-Betreuung postalisch unter Tannenäcker 28, 89079 Ulm oder per Mail: [info@edelweiss-betreuung.de](mailto:info@edelweiss-betreuung.de) über meinen Widerruf gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten informiere.

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für unseren Fragebogen genommen haben.  
Das Edelweiss-Team sucht Ihnen so schnell wie möglich eine passende Betreuungskraft, die Ihren Anforderungen mehr als gerecht wird.

---

Datum

---

Unterschrift