

# ASB Arbeiter-Samariter-Bund

Baden-Württemberg e.V. Region Ulm, Alb-Donau, Heidenheim, Aalen

## 24h-Betreuung Fragebogen

Sie möchten ein unverbindliches Angebot erhalten?

**Füllen Sie bitte diesen Fragebogen aus und senden Sie diesen:**

per Fax an: 0731 93771-199 ODER

per Mail an: [info@asb-ulm.org](mailto:info@asb-ulm.org)

---

### Antragssteller

Angaben zum Antragssteller

Anrede \*

Herr

Frau

Vorname \*

Nachname \*

Straße, Hausnummer bzw. Postfach \*

PLZ/Ort \*

Telefon (optional)

Mobil (optional)

Telefax (optional)

E-Mail \*

## Leistungsempfänger

Angaben zum Leistungsempfänger

Anrede \*

- Herr  
 Frau

Vorname \*

Nachname \*

Straße, Hausnummer bzw. Postfach \*

PLZ/Ort \*

Telefon (optional)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) \*

Gewicht (kg) \*

Körpergröße (in cm) \*

Wie ist das Verhältnis zum Antragsteller? \*

- Leistungsempfänger ist der **Vater** des Antragstellers  
 Leistungsempfänger ist die **Mutter** des Antragstellers  
 sonstige (bitte unten eintragen)

Wer soll Vertragspartner werden? \*

- Antragsteller  
 Leistungsempfänger

## **Pflegegrade**

Welcher Pflegegrad liegt vor?

Welcher Pflegegrad liegt vor? \*

- keiner
- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5

## **Gesundheitszustand**

Wie ist der Gesundheitszustand?

Mobilität \*

- läuft alleine
- läuft mit Hilfe
- Rollstuhl
- bettlägerig

Geistiger Zustand \*

- klar
- apathisch
- teilnahmslos
- verwirrt

Toilettengang \*

- selbstständig
- mit Unterstützung
- Teilinkontinenz
- Vollinkontinenz

## **Krankheiten**

Welche Krankheiten sind bekannt?

Bekannte Krankheiten \*

- Alzheimer
- Schlaganfall
- Dauerkatheter
- künstlicher Darmausgang
- MS-Patient
- Diabetes
- schwerhörig

- Druckgeschwür
- Parkinson
- Tumor
- Bluthochdruck
- Herz-/Kreislaufkrankung
- Demenz
- sonstige (bitte unten eintragen)

## Hobbys

Welche Hobbys hat der Leistungsempfänger?

Hobbys \*

- Spaziergehen
- Schach
- Tiere
- Lesen
- sonstige (bitte unten eintragen)

## Arbeitsaufwand

Geben Sie hier den geschätzten Arbeitsaufwand ein

geschätzte tatsächliche tägliche Arbeitszeit (Stunden) \*

regelmäßig Nacharbeit? \*

- ja
- nein
- unklar

Betreuungsdauer \*

- nur kurze Zeit
- langfristig
- unklar

Kommt ein ambulanter Dienst zur med. Betreuung? \*

- ja
- nein

Falls ja, **wie oft** kommt der ambulante Dienst? (optional)

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst? (optional)

Ab wann soll die Betreuung beginnen? (optional)

## Haushalt

Angaben zum Haushalt

Art des Haushaltes \*

- Einfamilienhaus
- Mehrfamilienhaus

Lage \*

- abgelegen
- Dorf
- Kleinstadt
- Großstadt

Haushaltsfläche (qm) \*

Ist ein Zimmer für die Pflegekraft vorhanden? \*

- ja
- nein

Wohnfläche (qm) (optional)

Ausstattung des Zimmers (optional)

- eigenes Bad
- Bett
- Tisch
- Schrank
- Radio
- TV
- Computer
- Internetzugang
- Telefon

Ist ein Auto im Haushalt vorhanden? \*

- ja
- nein

Zusätzliche Informationen (optional)

## **Tätigkeiten**

Angaben zur Tätigkeit der Pflegekraft

Gewünschte Tätigkeiten der Pflegekraft? \*

- Kochen
- Bügeln
- Wäsche waschen
- Wohnung/Haus putzen
- Haustierpflege
- Auto fahren
- zum Arzt begleiten
- Freizeitgestaltung
- gemeinsame Ausflüge
- Hilfe bei Körperhygiene
- Spaziergänge
- Einkaufen gehen

Weiteres bitte hier beschreiben (optional)

## Anforderungen

Welche Anforderungen haben Sie an die Pflegekraft?

Deutschkenntnisse \*

- egal
- Grundkenntnisse
- kommunikativ
- gut

Pflegeerfahrung \*

- ja
- nein
- Krankenpflegehelferin

Kochkenntnisse \*

- ja
- nein
- egal

Raucher \*

- ja
- nein
- egal

## Anreise mit der Bahn

Welches sind die nächsten beiden größeren Bahnhöfe?

Bahnhof 1 \*

Bahnhof 2 \*

## Ehepaare?

Bitte füllen Sie für jeden Ehepartner einen separaten Fragebogen aus.

---

## Datenschutz

Selbstverständlich werden alle Angaben nur zweckgebunden und unter strikter Einhaltung allgemein geltender Datenschutzbestimmungen verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

---