**Seniorenservice Mirex Sp. z o.o.**

 **58-520 Janowice Wielkie, Pionierska 14/1**

 **POLEN**

 **Tel.: 0048 504 020 875(pl); 01577 2790 875(de)**

**E-Mail: seniorenservice@poczta.onet.pl**

**FRAGEBOGEN**

**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: Große/cm: Gewicht/kg: Raucher:**

**Anzahl der Mitglieder im Haushalt** ……. **Braucht ein weiteres Familienmitglied Hilfe?** ……………

Falls ja, bitte für jede weitere Person ein Fragebogen ausfüllen.

**Wohnen Angehörige im selben Haus?**............ **in der nähe?** .......... **kommen wie oft zu Besuch?** .........

**Pflegestufe I, II oder III** ……  **Härtefall** …………… **Pflegestufe beantragt** …………….

**Wann soll die Beschäftigung beginnen? Absprache**

**Wer soll Vertragspartner werden? (**Kontaktperson oder Leistungsempfänger) ……………………………………………………………………………………………..

**Beschäftigungsdauer:** langfristig ……… steht noch nicht fest ……. mindestens ……. Monate ……..

**Voraussichtliche Arbeitszeit pro Tag:** 24 …. 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 …… selbstständig …… Urininkontinenz …… Stuhlinkontinenz ….. Katheter ……

1

**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:** ab 30 ……. **Führerschein:** erforderlich ……. Nicht erforderlich ……. **Raucher:** ja ……. nein …….

 egal …….

**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 ……. Haustierarzt Katze/Hunde …….

**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.:…………………………...

**Die Reisekosten für eine Hin- und Rückfahrt betragen pro Wechsel max. 150,- Euro(nach der Vorlage eines Bustickets oder einer Quittung). Ich trage die tatsächlich anfallenden Kosten:** ja ……. nein …….

**Raum für weitere Angaben und Anforderungen:** .................................................................................................

2