

**VIOLETTA ILLES SERVICES**  
Deisenhofener Weg 12  
82008 Unterhaching  
Tel.+49(0)89 140 68 97  
Mobil:+49(0)176 30 30 87 83  
www.violetta-illes-services.de  
info@violetta-illes-services.de

## **Angaben zur pflegebedürftigen Person und zum Haushalt**

### **1. Auftraggeber (Kontaktperson)**

Name des Auftraggebers \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort und Bundesland \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

### **2. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person**

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

Straße/ Hausnr. \_\_\_\_\_

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

Alter \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Pflegestufe:       keine       1       2       3       Härtefall

### **3. Gesundheitsmerkmale**

Parkinson       Demenz       Diabetes       Alzheimer

Schlaganfall       Inkontinenz       Dauerkatheter

Bluthochdruck       Schwerhörigkeit       Tumor       Dekubitus (Druckgeschwür)

Herz-Kreislaufkrankung       künstlicher Darmausgang

sonstige Krankheiten, bitte beschreiben \_\_\_\_\_

Beweglichkeit:       voll       eingeschränkt       bettlägerig

Körperlicher Zustand:  gut  leidlich  schlecht  sehr schlecht

Geistiger Zustand:  klar  apathisch  teilnahmslos  verwirrt

Orientierungsvermögen:

zeitlich  ungestört  eingeschränkt  desorientiert

örtlich  ungestört  eingeschränkt  desorientiert

persönlich  ungestört  eingeschränkt  desorientiert

Situativ  ungestört  eingeschränkt  desorientiert

Hörvermögen  ungestört  eingeschränkt  taub

Sprachvermögen  ungestört  eingeschränkt  stumm

Sehvermögen  ungestört  eingeschränkt  blind

Welche Hilfsmittel werden benötigt?

- Rollstuhl  Rollator  Toilettenstuhl  Badewannenlift  
 sonstige: \_\_\_\_\_

---

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?  ja  nein  
Falls ja, bitte die ausgeführten Leistungen beschreiben: \_\_\_\_\_

Soll die ambulante Pflege fortgeführt oder beauftragt werden?  ja  nein

#### 4. Soziale Situation

Interessen der zu betreuenden Person: \_\_\_\_\_

Angehörige:  wohnen im selben Haushalt  wohnen in der Nähe  
 wohnen weit entfernt  
 kommen zu Besuch, wie oft: \_\_\_\_\_

Ist die betreuungsbedürftige Person allein stehend?  ja  nein

Falls nein, wie viele Personen leben im Haushalt? \_\_\_\_\_

Soll eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?  ja  nein  
Falls ja, bitte separaten Fragebogen ausfüllen

## 5. Gewünschte Leistungen

Haushalt/ Versorgung:

- Grundreinigung nach Auskunft nötig (wird zusätzlich berechnet)
  - leichte Gartenarbeiten    kochen für \_\_\_\_\_ Personen    saubermachen
  - einkaufen    waschen    bügeln
  - sonstige Arbeiten:
- 

Betreuung:

- spazieren gehen    Hilfe beim Essen und Trinken    Körperpflege
  - Hilfe beim Ankleiden    Windeln wechseln
  - aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele)
  - leichte pflegerische Tätigkeiten:
- 

andere (bitte genau beschreiben):

---

Nachtruhe:    ungestört    gelegentlich gestört    erheblich gestört

Ist regelmäßige Nachtarbeit notwendig?    ja    nein

Wenn ja, bitte genauer beschreiben:

---

## 6. Unterkunft der Mitarbeiterin

- im Haushalt:    eigenes Zimmer    separater Eingang  
 eigenes Bad    Badmitbenutzung

externe Wohnung:   Entfernung zur Arbeitsstelle \_\_\_\_\_ km.

Werden die Fahrkosten übernommen?    ja    nein

## 7. Angaben zum Haushalt

- Wohnung    Haus    mit Garten

Haustiere:  ja  nein

Wenn ja, welche:

Stadt, ca. \_\_\_\_\_ Einwohner

Dorf, nächste größere Stadt \_\_\_\_\_, entfernt \_\_\_\_\_ km.

### **8. Ihre Wünsche bezüglich es Personals**

Gewünschte Sprachkenntnisse:

auch ohne Kenntnisse der deutschen Sprache

einfache Anweisungen sollen verstanden werden

einfache Unterhaltung auf Deutsch soll möglich sein

nur sehr gute Deutschkenntnisse

Geschlecht :  weiblich  männlich  egal

Alter: \_\_\_\_\_  egal

Führerschein erforderlich:  ja  nein

Raucher:  ja  nein  egal

Referenzen:  wichtig  gern gesehen  egal

Voraussichtlicher Beginn der Beschäftigung \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer der Beschäftigung \_\_\_\_\_

Freizeit (nach Absprache)

Stundenweise (min 2-3 Std. täglich)

ein freier Tag pro Woche

zwei halbe Tage pro Woche

ein freies Wochenende pro Monat

Urlaub bei Langzeitbetreuung

**Die Unterkunft und Verpflegung wird kostenlos zur Verfügung gestellt.**

Die An- und Rückreisekosten werden:  übernommen  nicht übernommen

Sonstige Anforderungen/ Hinweise:

---

---

---

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind.  
Unvollständige oder unrichtige Angaben können zu Mehrkosten oder Vertragskündigung führen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift