

Angaben zu Ihrer Person:

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
Mobil: _____ E-Mail: _____

Die Pflegeperson:

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Hausnummer: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Alter: _____ Gewicht: _____
Größe: _____

Raucher:

- Ja
- Nein

Pflegegrad:

- kein Pflegegrad
- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5

Pflegeperson wohnt:

- Alleine
- zu zweit
- mehr als zwei Personen

Wenn mehr als zwei Personen im Haushalt leben:

Geben Sie hier eine kurze Beschreibung der Wohnverhältnisse an (z.B. Tochter und Familie im Haus in einer separaten Wohnung im 1. OG)

Eurovest GmbH
Fichtestraße 14a
97074 Würzburg

Anprechpartner:
Thomas Eisner

Tel.:
0931 88 075 855
Fax:
0931 88 075 866



Pflegeperson wohnt in:

- Haus Wohnung

Wohnverhältnisse der Pflegeperson:

Bitte Quadratmeter der Wohnfläche sowie Anzahl der Zimmer angeben

Wohnlage der Pflegeperson:

- Großstadt Kleinstadt
 ländlich

Befinden sich Haustiere im Haushalt der Pflegeperson?

(Aufgrund von eventuellen Allergien der Betreuungskräfte benötigen wir diese Angabe!)

- Ja Nein

Wenn ja, welche Haustiere?

Hobbys der pflegebedürftigen Person:

(z.B. Spazieren gehen, Lesen, usw.)

Gesundheitliche Beeinträchtigungen:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Altersschwäche |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Dauerkatheder |
| <input type="checkbox"/> MS – Patient | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheuma |

Sonstige Krankheiten:

Wenn ja, bitte eine kurze Beschreibung der Schwere der Krankheit

Eurovest GmbH
Fichtestraße 14a
97074 Würzburg

Anprechpartner:
Thomas Eisner

Tel.:
0931 88 075 855
Fax:
0931 88 075 866



Die pflegebedürftige Person:

- bewegt sich selbst
- bewegt sich mit Rollator
- ist auf einen Rollstuhl angewiesen
- ist bettlägerig

Liegt eine Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit vor?

- Nein
- Hörvermögen
- Sehkraft

Das An- und Auskleiden erfolgt:

- selbstständig
- ist komplett hilfsbedürftig
- braucht Hilfe

Die Pflegeperson isst und trinkt?

- selbstständig
- ist komplett hilfsbedürftig
- braucht Hilfe

Die Körperpflege erfolgt:

- selbstständig
- ist komplett hilfsbedürftig
- braucht Hilfe

Transfer Bett/Rollstuhl:

- selbstständig
- muss man heben
- hilft mit (kann alleine stehen)

Wenn die pflegebedürftige Person aus dem Bett gehoben werden muss, welche Hilfsmittel sind vorhanden (z.B. Krankenbett, Patientenhilfen usw.)

Eurovest GmbH
Fichtestraße 14a
97074 Würzburg

Anprechpartner:
Thomas Eisner

Tel.:
0931 88 075 855
Fax:
0931 88 075 866



Tagesablaufbeschreibung:

Pflegeumfang/Tätigkeitsbeschreibung vom Aufstehen bis zum Schlafen gehen mit einer kurzen Beschreibung (z.B. auch Besonderheiten, spezielle Hilfestellungen, Sonstiges)

Hilfe im Haushalt:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Wohnungsreinigung |
| <input type="checkbox"/> Wäschepflege | <input type="checkbox"/> leichte Gartenarbeit |
| <input type="checkbox"/> Einkaufen | |

wenn ja, wie weit ist die nächste Einkaufsmöglichkeit in Gehminuten entfernt:

(z.B. 20 Minuten zu Fuß)

Ist ein Nachtdienst erforderlich?

- Ja Nein

Wenn ein Nachtdienst erforderlich ist, in welchem Umfang?

(d.h.wie oft pro Nacht ?)

Kommt ein ambulanter Pflegedienst?

- Ja Nein

Wenn ein ambulanter Pflegedienst kommt, soll dieser weiterhin kommen wenn eine Pflegekraft da ist, und wenn ja, welche Aufgaben übernimmt er?

Eurovest GmbH
Fichtestraße 14a
97074 Würzburg

Anprechpartner:
Thomas Eisner

Tel.:
0931 88 075 855
Fax:
0931 88 075 866



Welche Hilfsmittel sind vorhanden:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Krankenbett | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter |
| <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Treppenlift |
| <input type="checkbox"/> behindertengerechte Dusche | |

Pflegeperson 2 (falls vorhanden):

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 |
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 |
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 | |

gesundheitliche Beeinträchtigungen Pflegeperson 2 (z.B. Demenz, Inkontinenz)

zusätzliche Informationen zur Pflegeperson 2

z.B. Charaktereigenschaften, Hobbys etc.

Angaben zum Pflegepersonal:

gewünschtes Geschlecht:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> egal | <input type="checkbox"/> Frau |
| <input type="checkbox"/> Mann | |

gewünschtes Alter:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> egal | <input type="checkbox"/> zwischen 30 und 45 Jahren |
| <input type="checkbox"/> über 45 Jahre (unsere Empfehlung liegt ab 45 Jahren) | |

voraussichtliche Dauer des Einsatzes:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> 1-2 Monate |
|------------------------------------|-------------------------------------|

voraussichtlicher Beginn der Betreuung:

Welche deutschen Sprachkenntnisse sind erwünscht?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grundkenntnisse (nicht empfehlenswert wegen Verständigungsschwierigkeiten) | |
| <input type="checkbox"/> mittlere Sprachkenntnisse | <input type="checkbox"/> gute Sprachkenntnisse |

angedachter Einsatz als:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Unterstützung | <input type="checkbox"/> 24-Stunden Betreuung/Pflege |
| <input type="checkbox"/> Urlaubsvertretung | |

Eurovest GmbH
Fichtestraße 14a
97074 Würzburg

Anprechpartner:
Thomas Eisner

Tel.:
0931 88 075 855
Fax:
0931 88 075 866



Führerschein erwünscht?

- Nein, nicht notwendig Ja, aktiver Fahrer

Wenn Fahrer notwendig, bitte Angabe des Fahrzeugtyps:

- Gangschaltung Automatik

Raucher erwünscht?

- Nichtraucher Rauchen erlaubt (nur außerhalb der Wohnung / Haus)

Betreuungskraft wird untergebracht:

- Zimmer separate Wohnung

Ausstattung des Zimmers:

- Bett Tisch
 Schrank eigenes Bad
 Radio TV

Ist Internet vorhanden:

- Ja Nein

Wie möchten Sie Ihre Rückantwort erhalten?

- per Mail per Fax
 per Telefon

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Persönliche Empfehlung (durch wen) Google Anzeigen (durch welchen Suchbegriff)
 Internetsuchmaschine (durch welche)

Erläuterung zu " Wie Sind Sie auf uns aufmerksam geworden " ?

Bitte geben Sie hier eine kurze Erläuterung zu der in Klammern gestellten Frage unter " Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden " ?

**Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind.
Bei unvollständigen Angaben kann es zu Mehrkosten kommen.**

Eurovest GmbH
Fichtestraße 14a
97074 Würzburg

Anprechpartner:
Thomas Eisner

Tel.:
0931 88 075 855
Fax:
0931 88 075 866



Fragen oder Anmerkungen:

Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt.

Eurovest GmbH
Fichtestraße 14a
97074 Würzburg

Anprechpartner:
Thomas Eisner

Tel.:
0931 88 075 855
Fax:
0931 88 075 866

