



Bernhardstraße 64  
 50259 Pulheim  
 Telefon: 0 22 34-9 89 79 25/7  
 Telefax: 0 22 34-9 89 79 26  
 Mobil: 01 76-60 87 73 37  
 E-Mail: goldvita@t-online.de  
 www.goldvita.de

# Kundenfragebogen

## 1. Allgemeine Angaben

**Ansprechpartner**     Frau     Herr

Nachname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Wer ist Vertragspartner?**     Ansprechpartner     Leistungsempfänger

**Wer ist Rechnungsempfänger?**     Ansprechpartner     Leistungsempfänger

**Postkontakt:**     Ansprechpartner     Leistungsempfänger

**Leistungsempfänger**     Einzelperson     Ehepaar

**Patient 1**     Frau     Herr

**Patient 2**     Frau     Herr

Nachname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Körpergröße in cm: \_\_\_\_\_ Körpergröße in cm: \_\_\_\_\_

Gewicht in kg: \_\_\_\_\_ Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Adresse

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**Verhältnis zum Ansprechpartner:**     Mutter     Vater     Ehepartner     \_\_\_\_\_

**Beginn des Einsatzes:** \_\_\_\_\_ **/Dauer des Einsatzes:** \_\_\_\_\_



## 2. Wohnverhältnisse

Die zu betreuende/n Person/en lebt/leben  in einem Haus  in einer Wohnung

Sind Haustiere vorhanden?  ja  nein

Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

Die Betreuungskraft wird untergebracht in \_\_\_\_\_ Zimmer(n)

- Ein Fernseher wird zur Verfügung gestellt
- Die Betreuungskraft kann ein getrenntes Bad/WC benutzen
- Eine Flatrate für Telefonate ins Ausland existiert bzw. wird zur Verfügung gestellt.  
(Die Betreuungskraft darf 1-2 mal pro Woche ihre Familie in Polen anrufen,  
die Kosten hierfür werden vom Auftraggeber übernommen)
- Ein Internetzugang existiert bzw. wird zur Verfügung gestellt
- Wenn nicht, besteht die Möglichkeit ein Internetzugang zu installieren

Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### 3. Gesundheitszustand

#### Pflegegrad

<b>Patient 1</b>	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, welche?:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> keine	Beantragt:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>Patient 2</b>	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, welche?:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> keine	Beantragt:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

#### Diagnose

##### Patient 1

- Alterbedingte Gehschwäche
- Parkinson
- Diabetes
- Diabetes Insulinpflichtig
- Schlaganfall  rechts  links
- Sprachstörungen
- Schwerhörigkeit
- geringe Sehfähigkeit
- Osteoporose
- Rheuma
- Dekubitus
- Allergien
- Herzinsuffizienz
- Herzinfarkt
- Bluthochdruck
- Asthma
- Krebs, wo? \_\_\_\_\_
- MS
- Sonstiges Krankheiten: \_\_\_\_\_

---



---



---

##### Patient 2

- Alterbedingte Gehschwäche
- Parkinson
- Diabetes
- Diabetes Insulinpflichtig
- Schlaganfall  rechts  links
- Sprachstörungen
- Schwerhörigkeit
- geringe Sehfähigkeit
- Osteoporose
- Rheuma
- Dekubitus
- Allergien
- Herzinsuffizienz
- Herzinfarkt
- Bluthochdruck
- Asthma
- Krebs, wo? \_\_\_\_\_
- MS
- Sonstiges Krankheiten: \_\_\_\_\_

---



---



---

### 3. Gesundheitszustand

#### Geistiger Zustand

##### Patient 1

- klar  
 apathisch  
 verwirrt  
 Demenz  
 dem Alter normal  
 depressiv  
 aggressiv  
 Alzheimer

Desorientierung:  zum Ort  zur Zeit  zur Person

##### Patient 2

- klar  
 apathisch  
 verwirrt  
 Demenz  
 dem Alter normal  
 depressiv  
 aggressiv  
 Alzheimer

Desorientierung:  zum Ort  zur Zeit  zur Person

#### Mobilität / Bewegung

##### Patient 1

- selbständig  
 mit Hilfe  
 mit Stock  
 mit Gehhilfe  
 mit Rollator  
 mit Rollstuhl  
 bettlägerig

Muss der Patient gedreht werden?

ja  nein

##### Patient 2

- selbständig  
 mit Hilfe  
 mit Stock  
 mit Gehhilfe  
 mit Rollator  
 mit Rollstuhl  
 bettlägerig

Muss der Patient gedreht werden?

ja  nein

#### Transfer / Rollstuhl

##### Patient 1

- selbständig  
 mit Hilfe  
 Hebesitz  
 Hebegurt  
 Lift  
 Andere

Hilfsmittel

Pflegebett  Dekubitusmatratze

##### Patient 2

- selbständig  
 mit Hilfe  
 Hebesitz  
 Hebegurt  
 Lift  
 Andere

Hilfsmittel

Pflegebett  Dekubitusmatratze



## 4. Körperhygiene

### Körperpflege

#### Patient 1

	selb- ständig	mit Hilfe	volle Unter- stützung
Ankleiden / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäss / Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare waschen / kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand- und Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Patient 2

	selb- ständig	mit Hilfe	volle Unter- stützung
Ankleiden / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäss / Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare waschen / kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand- und Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Toilettengang

#### Patient 1

- selbständig
- mit Hilfe
- Teilinkontinenz
- Vollinkontinenz

#### Hilfsmittel

- Windeln     Vorlagen     Urinflasche
- Stoma        Kathether     Toilettenstuhl

#### Patient 2

- selbständig
- mit Hilfe
- Teilinkontinenz
- Vollinkontinenz

#### Hilfsmittel

- Windeln     Vorlagen     Urinflasche
- Stoma        Kathether     Toilettenstuhl

### Baden / Duschen

#### Patient 1

- selbständig
- mit Hilfe

#### Hilfsmittel

- Wanneneinsteighilfe     Pflegebad
- Badewannensitz         Andere

#### Patient 2

- selbständig
- mit Hilfe

#### Hilfsmittel

- Wanneneinsteighilfe     Pflegebad
- Badewannensitz         Andere



## 5. Allgemeines im Alltag

### Essen und Trinken

#### Patient 1

- selbständig
- mit Hilfe
- Schluckprobleme
- PEG Sonde
- Diät

#### Patient 2

- selbständig
- mit Hilfe
- Schluckprobleme
- PEG Sonde
- Diät

### Ein- und Durchschlafen

#### Patient 1

- keine Probleme
- sporadische Störungen
- bekommt Schlafmittel
- Schlaf-wach-Rythmus gestört

#### Wie oft steht der Patient nachts auf?

- 1-2 mal     3-4 mal     mehr als 4 mal

#### Wird die Hilfe der Betreuungskraft benötigt?

- ja     nein

#### Patient 2

- keine Probleme
- sporadische Störungen
- bekommt Schlafmittel
- Schlaf-wach-Rythmus gestört

#### Wie oft steht der Patient nachts auf?

- 1-2 mal     3-4 mal     mehr als 4 mal

#### Wird die Hilfe der Betreuungskraft benötigt?

- ja     nein

### Wie ist der Patient vom Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung)

#### Patient 1

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Patient 2

---

---

---

---

---

---

---

---



## 6. Pflegedienst

### Erfolgt zur Zeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst? ---

#### Patient 1

ja     nein

\_\_\_\_\_ mal täglich

\_\_\_\_\_ mal wöchentlich

#### für

- Medikamentengabe
- Grundpflege
- medizinische Pflege

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

#### Patient 2

ja     nein

\_\_\_\_\_ mal täglich

\_\_\_\_\_ mal wöchentlich

#### für

- Medikamentengabe
- Grundpflege
- medizinische Pflege

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

Soll der Pflegedienst auch weiterhin kommen?

ja     nein

Wenn ja, welche Tätigkeiten werden vom Pflegedienst durchgeführt und wie oft kommt er?

---

---

---

---

Soll der Pflegedienst auch weiterhin kommen?

ja     nein

Wenn ja, welche Tätigkeiten werden vom Pflegedienst durchgeführt und wie oft kommt er?

---

---

---

---

## 7. Allgemeine Rahmenbedingungen

**Lage**  Großstadt  Kleinstadt  Dorf  ländlich

**Wohnsituation:**  Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  Wohnung

Haushaltsfläche ca. \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Gartenfläche ca. \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Soll Gartenpflege geleistet werden?  ja, welche? \_\_\_\_\_

nein

Haustiere  keine  ja, welche? \_\_\_\_\_

Sollen die Tiere mitversorgt werden?  ja  nein

**Wer wohnt mit im Haushalt (wie viele)?**  Angehörige \_\_\_\_  Verwandte \_\_\_\_  Lebenspartner \_\_\_\_

**Kommen zu Besuch:**  täglich  wöchentlich  monatlich

**Soll auch für die im Haushalt lebende Person/en hauswirtschaftliche Versorgung gewährleistet werden?**

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

**Hauswirtschaftliche Tätigkeiten für die zu betreuende Person:**

Kochen  Reinigung  Wäsche waschen  Bügeln  Einkaufen

Gibt es eine Haushaltshilfe?  ja  nein

Wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz? \_\_\_\_\_

**Freizeitausgleich der Betreuungskraft:**

Der Betreuungskraft muss eine gewisse Freizeit gewährleistet werden!

2 Stunden täglich

2 freie Nachmittage in der Woche von 4-5 Stunden

1 freier Tag in der Woche von 8-10 Stunden



## 8. Personalanforderungen

- Geschlecht:**  weiblich  männlich  egal
- Alter:**  unter 35 Jahre  35-50 Jahre  über 50 Jahre  egal
- Pflegeerfahrung:**  ja  nein  Krankenschwester  Physiotherapeut
- Führerschein:**  ja  egal
- Nichtraucherin:**  ja  egal  nur draußen
- Tierlieb:**  ja  egal

### Deutschkenntnisse:

### Schulnote:

- Sehr gut** (Gute Kenntnisse, Unterhaltung auf gutem Niveau ist möglich) (1)
- Gut Kommunikativ** (verstehet einen gut, Unterhaltung ist möglich) (2)
- Kommunikativ** (kann alltägliche Anweisungen verstehen und nur einfache Sätze sprechen) (3)
- Grundkenntnisse** (kann nur mit Schwierigkeiten etwas verstehen, spricht sehr wenig) (4)
- Geringe Kenntnisse** (5)

### Weitere Wünsche zur Qualifikationen der Betreuungskraft:

---



---



---



---

### Welche persönlichen Merkmale bevorzugen Sie bei der Betreuungskraft?

---



---



---



---



## 9. Tagesablaufplan

Frau \_\_\_\_\_

Herrn \_\_\_\_\_

Familie \_\_\_\_\_

## Zeitlicher Überblick

\_\_\_\_\_ Uhr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Uhr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Uhr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Uhr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Uhr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Uhr: \_\_\_\_\_

## Persönliche Vorlieben

### Patient 1

- Spaziergänge unternehmen
- Fernsehen
- Literatur
- Musik
- Spiele
- Garten / Blumen

### Patient 2

- Spaziergänge unternehmen
- Fernsehen
- Literatur
- Musik
- Spiele
- Garten / Blumen



## 9. Tagesablaufplan

### Spezielle Wünsche bei der Speisenzubereitung

Frühstück: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mittagessen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nachmittag: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abends: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nachts: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zwischendurch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstige Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 10. Sonstiges

Sonstige Angaben oder Fragen, die Sie klären möchten:

---

---

---

---

---

Haben Sie schon mal eine Betreuung zu Hause beschäftigt?  ja  nein

Wie sind Sie auf Gold Vita aufmerksam geworden?

Internet  Broschüre  Bekannte/Nachbarn/Freunde  Presse/Zeitung

Weiterempfehlung (von wem?) \_\_\_\_\_

„Der Kundenfragebogen ist Bestandteil des Vermittlungsvertrages.“

---

Ort, Datum, Unterschrift

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Durch die Unterschrift willigt der Vertragspartner/ Ansprechpartner/ Leistungsempfänger ein, dass die im Rahmen des Kundenfragebogens erhobenen Daten, insbesondere auch die personenbezogenen Daten über die Gesundheit, gespeichert und bearbeitet werden, sowie zum Zwecke der Vermittlung an Dritte weitergegeben werden.

---

Ort, Datum, Unterschrift Vertragspartner

---

Ort, Datum, Unterschrift Leistungsempfänger“

---