

Kundenfragebogen für den SeniorenService *Goldener Herbst*

Name, Vorname: _____
nachfolgend zu betreuende Person eins genannt

Anschrift: _____ **PLZ/Ort:** _____

Geburtsdatum: _____ **Alter:** _____

Telefon / Telefax: _____

Postempfänger für:

- allgemeine Korrespondenz
und Vertragsunterlagen
 Rechnungen

Teilnehmer-Nr. GEZ: _____ beitragsfrei ermäßigter Beitrag

Name, Vorname: _____
nachfolgend zu betreuende Person zwei genannt

Geburtsdatum: _____ **Alter:** _____

Mobil: _____

Email: _____

Postempfänger für:

- allgemeine Korrespondenz
und Vertragsunterlagen
 Rechnungen

Name, Vorname: _____
nachfolgend Kontaktperson eins genannt (bitte Verwandtschaftsverhältnis angeben)

Anschrift: _____ **PLZ/Ort:** _____

Telefon / Telefax: _____

Mobil: _____

Telefon geschäftlich: _____

Email: _____

Postempfänger für:

- allgemeine Korrespondenz
und Vertragsunterlagen
 Rechnungen

Name, Vorname: _____
nachfolgend Kontaktperson zwei genannt (bitte Verwandtschaftsverhältnis angeben)

am besten zu erreichen unter: _____

Die Betreuungsübernahme soll nach Möglichkeit ab dem _____ erfolgen.

*Mit der Archivierung seiner Daten und der Weitergabe an potentielle Alltagshilfen erklärt sich der Unterzeichner einverstanden.
Außerdem werden aus Datenschutzgründen alle Informationen ausschließlich an obengenannte Kontaktpersonen weitergegeben.*

(Datum, Unterschrift)

Anforderungsprofil der Alltagshilfe

Die Auswahl einer geeigneten Betreuungskraft

- überlasse ich dem Vermittler. Eine Personenbeschreibung erhalte ich vor deren Anreise.
Vorlaufzeit 5 – 7 Werktage
- möchte ich gemeinsam mit dem Vermittler anhand telefonischer Gespräche treffen.
Eine Personenbeschreibung erhalte ich vor deren Anreise.
Vorlaufzeit 5 – 7 Werktage
- möchte ich selbst aufgrund eines vorab erhaltenen Bewerberprofils treffen.
Vorlaufzeit 10 – 14 Werktage.*

**Die Beteiligung an der Auswahl ist nicht möglich, wenn durch Sie oder die Betreuungskraft die siebentägige Kündigungsfrist ausgenutzt wird.*

Die Betreuung sollte übernommen werden durch:

- eine Frau Betreuungskraft darf mit eigenem/r Hund/Katze anreisen
- einen Mann
- zwei Personen (gerne Eheleute)
- eine/n Nichtraucher/In
- eine/n Gelegenheitsraucher/In (nur wenige Zigaretten täglich)
- eine/n Raucher/In (es handelt sich um einen Raucherhaushalt)
- Die Alltagshilfe benötigt eine gültige Fahrerlaubnis (Zusatzkosten 50,00 EUR/Monat pauschal)

Im Haushalt der zu betreuenden Person leben die folgenden Tiere:

- Hund
- Katze
- Sonstige: _____
- ein Tier muss von der Alltagshilfe versorgt werden (Zusatzkosten 30,00 EUR/Monat pauschal)

Die Alltagshilfe sollte über die folgenden Deutschkenntnisse verfügen:

- Grundlegende Kenntnisse
Die Alltagshilfen verfügen über einen bestimmten und **begrenzten Wortschatz** aus einzelnen Nominativen und Verben und **bemühen sich** um eine ausreichende Verständigung. Die Verständigung basiert auf Erfahrungen und logischem Denken.
- Ausreichende Kenntnisse
Die Alltagshilfen können vertraute, alltägliche Ausdrücke und ganz **einfache Sätze verstehen und verwenden**, sowie sich in einfachen, routinemäßigen Situationen verständigen, in denen es um einen direkten Austausch von Informationen über alltägliche und geläufige Dinge geht.
- Fortgeschrittene Kenntnisse
(Verfügbarkeit vorausgesetzt, Tagessatz zzgl. 5,00 EUR pro Kalendertag)
Neben den oben erwähnten Kenntnissen können sie sich verstehbar und zusammenhängend **über vertraute Themen äußern**, über Erfahrungen und Ereignisse berichten, sowie **im eigenen Spezialgebiet verständigen**.

Tip: Bei der Beurteilung der Deutschkenntnisse orientieren wir uns in etwa an dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GER)

Die Alltagshilfe sollte zwischen _____ und _____ Jahren alt sein.

Wohnverhältnisse / Unterbringung der Alltagshilfe

Die Unterbringung der zu betreuenden Person/en und der Alltagshilfe erfolgt

- in einem **Einfamilienhaus**; die Schlafräume
- der zu betreuende/n Person/en befinden sich der Alltagshilfe befinden sich
- im EG im EG
- im OG im OG
- im Souterrain im Souterrain
- in einem **Mehrfamilienhaus**; die Wohnung befindet sich
- im Parterre der _____ Etage
- Das Haus verfügt über einen Aufzug.
- Die Wohnung hat einen Balkon/eine Terrasse.
- Die Räumlichkeiten der zu betreuenden Person sind barrierefrei eingerichtet.

Tipp: Das der Alltagshilfe zur Verfügung gestellte Zimmer muss separat und abschließbar sein. Es darf sich nicht um ein Durchgangszimmer oder einen von mehreren Personen genutzten Raum, sowie um einen typischen Kellerraum handeln.

Der Alltagshilfe steht darüber hinaus:

- ein eigenes Bad zur Verfügung.
- ein eigenes WC zur Verfügung.
- eine eigene Küche zur Verfügung.
- ein eigener Fernseher zur Verfügung.

Zur Nutzung durch die Alltagshilfe wird:

- eine Flatrate für Telefonate ins Ausland abgeschlossen bzw. diese existiert bereits.
- ein Internetzugang abgeschlossen bzw. dieser existiert bereits.
- ein Mobiltelefon nebst prepaid-Karte zu min. Aufladung _____ Euro/Monat bereitgestellt z.B. von „Lebara“, „Lycamobile“ oder „ortel“.

Tipp: Es ist notwendig, dass eine Art der oben genannten Kommunikationsmöglichkeiten Ihrer Alltagshilfe zu Verfügung gestellt wird.

Einkaufsmöglichkeiten

- Die Einkaufsmöglichkeiten sind nah gelegen und können zu Fuß erreicht werden.
- Die Einkaufsmöglichkeiten sind weiter entfernt und müssen von der Alltagshilfe
- mit Bus/Bahn/Fahrrad erledigt werden.
- mit einem zur Verfügung gestellten Auto erledigt werden:
- Marke: _____ Normalschaltung Automatikschaltung
- Die Einkäufe werden grundsätzlich durch Angehörige erledigt.

Tipp: Falls die Einkäufe von der Alltagshilfe erledigt werden, empfehlen wir Ihnen einen bestimmten Geldbetrag wöchentlich zu Verfügung zu stellen. Außerdem sollte die Quittung als Nachweis des Einkaufs mitgebracht werden.

Freizeit der Alltagshilfe

Der Alltagshilfe ist eine wöchentliche Freizeit von mindestens 14 Stunden

gewährleistet, die sich wie folgt gestaltet:

(z.B. zwei Stunden täglich, zwei freie Nachmittage oder ein ganzer Wochentag)

nicht gewährleistet, und wird mit **10,00 EUR pro Tag** vergütet.

Während der Freizeit der Alltagshilfe ist die Versorgung der zu betreuenden Person

gewährleistet.

nicht gewährleistet. Die zu betreuende Person kann aber problemlos alleine bleiben.

Einsatz der Alltagshilfe an Feiertagen

Der Einsatz der Alltagshilfe wird an den folgenden Feiertagen gewünscht:

Ostern (Ostersonntag, Ostermontag)

Weihnachten (25.12. bis 26.12.)

Neujahr (01.01.)

Eine Beschäftigung über die Feiertage ist nicht notwendig

Tipp: Für den Einsatz der Alltagshilfe an den oben stehenden Feiertagen wird der doppelte Grundtagessatz (Basissatz) berechnet. Weitere Hinweise hierzu finden Sie in der Informationsmappe auf den Seiten 19 bis 20 und auf unserer Homepage unter der Kategorie Gesamtkosten.

Bezahlung der Alltagshilfen

Die Bezahlung der Alltagshilfe erfolgt

in bar gegen Quittung

per Überweisung auf das Konto der Alltagshilfe

je nach Wunsch der Alltagshilfe in bar oder per Überweisung.

Rechnungsversand erwünscht

nur per Post

nur per Email

Tipp: Sollten Sie die Rechnungen der Alltagshilfe beim Finanzamt gelten machen wollen, muss die Zahlung gegen Überweisung erfolgen. Barrechnungen werden von den Finanzbehörden nicht anerkannt.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

durch private Empfehlung von _____

durch das Internet: _____

durch Annoncen in Zeitungen wie z.B.: _____

durch die Empfehlung meines Arztes/Pflegedienstes: _____

Betreuungssituation der ersten zu betreuenden Person

Es besteht bereits Einstufung in

- Pflegegrad 1
 Pflegegrad 2*
 Pflegegrad 3*
 Pflegegrad 4*
 Pflegegrad 5*

Pflegegeld: 0,00€
 316,00€
 545,00€
 728,00€
 901,00€

Eingetragene Pflegeperson: _____
 Name, Vorname, (Verwandschaftsverhältnis)

eine Einstufung wurde beantragt. eine Einstufung wurde **nicht beantragt**

Ergänzend zu einer 24h-Betreuung kommt ebenfalls:

Pflegedienst: Behandlungspflege 1x am Tag 2x am Tag 3x am Tag
 Grundpflege

für folgende Leistungen: _____

Name des Pflegedienstes: _____

med. Fußpflege: bei Bedarf regelmäßig

Putzhilfe: wöchentlich 14-tägig

Tipp: Wenn die medizinische Behandlungspflege oder die medizinische Fußpflege erforderlich ist, beachten Sie bitte dass diese von einer Alltagshilfe nicht übernommen werden können, sondern nur von Fachpersonal.

Die zu betreuende Person leidet unter den nachfolgenden Erkrankungen:

| | | | | |
|---|---|---------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Demenz | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten* |
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Parkinson | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten* |
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Multiple Sklerose | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten* |
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Polyneuropathie | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten* |
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Osteoporose | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten |
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Asthma | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten |
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Rheuma | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten |
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Arthrose | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten |
| <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig | ← | Diabetes Mellitus (I/II) | → | <input type="checkbox"/> nur medikamentös |
| <input type="checkbox"/> Dialysepatient | ← | Nierenerkrankung | → | <input type="checkbox"/> nur medikamentös |
| <input type="checkbox"/> Marcumar | ← | Herzkrankung | → | <input type="checkbox"/> ASS |
| <input type="checkbox"/> arteriell | ← | Gefäßerkrankung | → | <input type="checkbox"/> venös |

Die zu betreuende Person hat die folgenden Behinderungen und Leiden:

| | | | | |
|---|---|-----------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> zeitlich | ← | Desorientierung | → | <input type="checkbox"/> örtlich |
| <input type="checkbox"/> mit Hinlauftendenz | ← | motorische Unruhe | → | <input type="checkbox"/> ohne Hinlauftendenz |
| <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | ← | Beinödeme | → | <input type="checkbox"/> erhöhte Lagerung |
| <input type="checkbox"/> mit Schutzhosen | ← | Urininkontinenz | → | <input type="checkbox"/> mit Katheter |
| <input type="checkbox"/> mit Schutzhosen | ← | Stuhlinkontinenz | → | <input type="checkbox"/> künstlicher Darmausgang |
| <input type="checkbox"/> linksseitig | ← | offenes Bein (Ulcus) | → | <input type="checkbox"/> rechtsseitig |

* *Vergleiche Seite 2 dieses Fragebogens.*

Zustand nach dem Schlaganfall:

- Lähmung re. (mit Restbewegung) Lähmung re. (ohne Restbewegung)
 Lähmung li. (mit Restbewegung) Lähmung li. (ohne Restbewegung)
- Sprachstörungen Schluckbeschwerden Atembeschwerden

Krebserkrankung: ja, Art der Erkrankung: _____ nein

- Chemotherapie Bestrahlung unbehandelt

Sonstige Erkrankungen: _____

Sterbebegleitung: ja*

Bettlägerigkeit:

- ja, die zubetreuende Person leistet Hilfestellung bei der Grundpflege
 ja, die zubetreuende Person leistet keine Hilfestellung bei der Grundpflege*

Kontrakturen: _____ Druckstellen (Dekubitus): _____

- Stehen:** _____ → sicher unsicher gar nicht
Gehen: _____ → sicher unsicher gar nicht

Die zu betreuende Person wiegt ca. _____ und ist _____ groß.

Hinweis: Wenn die Mobilität in Kombination mit starkem Übergewicht (Adipositas Grad 1 = BMI > 30) eingeschränkt ist, wird eine Erschwerniszulage in Höhe von 5,00 Euro pro Tag berechnet.

Hilfestellung benötigt bei:

- | | | |
|--|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Unterstützung ← | Nahrungsaufnahme → | <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung ← | An- und Auskleiden → | <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung ← | Grundpflege → | <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme |

Die zu betreuende Person verfügt über die folgenden Hilfsmittel:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Badewannenlift | <input type="checkbox"/> Personenlift | <input type="checkbox"/> Treppenlift |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Anti-Dekubitus-Matratze |
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Kompressionsstümpfe |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> Tracheostoma |
| <input type="checkbox"/> Demenz-Fußmatte | <input type="checkbox"/> Demenz-Besteck (Esshilfe) | <input type="checkbox"/> Greifhilfe/Greifarm |

Nachtruhe

Eine Zusammenhängende Nachtruhe von mindestens fünf Stunden für die Betreuungskraft

- ist gewährleistet
 ist nicht gewährleistet*

Tipp: Sollte die Nachtruhe nicht gewährleistet sein, so wird eine Erschwerniszulage von 5,00 EUR pro Nacht von der Betreuungskraft erhoben.

* *Vergleiche Seite 2 dieses Fragebogens.*

Bei der zu betreuenden Person ist der folgende Tagesrhythmus zu beachten:

- Aufstehen ca: _____ Uhr
- Frühstück ca: _____ Uhr
- Mittagessen ca: _____ Uhr
- Abendessen ca: _____ Uhr
- Zubettgehen ca: _____ Uhr
- sonstiges (mit Uhrzeitangabe): _____

Bei der Tagesplanung ist besonders wichtig: _____

Bei der Menüplanung ist besonders wichtig: _____

Folgende Unternehmungen/Hobbies sollten außerdem berücksichtigt werden:

Information:

Als Ergänzung zum Kundenfragebogen bieten wir für die Angehörigen von Demenzkranken folgenden Biografiebogen an. Das Ausfüllen des Bogens ist freiwillig, kann jedoch zu Optimierung der Betreuung beitragen.

„Biografiebogen“

Name: _____

Wohnort: _____

Stationen des Lebensweges:

(Name, Beruf des Vaters)

(Name, Beruf der Mutter)

(Geburtsort)

(Ort und Umstände des Aufwachsens)

(Namen der Geschwister, gibt es Lieblingsgeschwister?)

(Schulbildung, Berufsausbildung)

(Berufstätigkeit, Zeitraum, Tätigkeit, Firma)

(Eintritt ins Rentenalter, nähere Umstände)

(Name, Beruf des Partners, Heirat, sonst. wichtige Angaben)

(Name, Berufe der Kinder, Kosenamen, sonst. wichtige Angaben)

(Enkel, Kosenamen, sonst. wichtige Angaben)

(Wohnorte, Wohnortwechsel, evtl. Daten und Anlässe)

(Sonstiges)

Persönlichkeit:

(Charakter, was ist von Bedeutung?)

(Besondere Interessen und Vorlieben (Sport, Hobbys, Gartenarbeit, Kochen, Lesen Musik, Theater, Religiosität, Politik, Verein, Ehrenämter, Tiere, Urlaube)

(Fähigkeiten und Kenntnisse, Fremdsprachen, handwerkliche, musische, soziale, sonstige Fähigkeiten)

(Geschichten und Anekdoten, die die Person häufig erzählt(e), Sprüche, Schlüsselwörter)

(Lieblinglieder, -musik, biografisch bedeutsame Musik...)

(Lieblingsthemen)

Persönliche Lebensereignisse:

(Schönsten Momente)

(Kritische Lebensereignisse, Erkrankung / Krieg / Flucht, Vertreibung / Scheidung / Todesfälle)

Soziale Kontakte:

(Freundeskreis, früher, heute)

(Namen wichtiger Personen, Kosenamen, Art des Verhältnisses)

Biografiebogen erstellt am: _____ fortgeschrieben am: _____

Betreuungssituation der zweiten zu betreuenden Person

Es besteht bereits Einstufung in

- Pflegegrad 1
 Pflegegrad 2*
 Pflegegrad 3*
 Pflegegrad 4*
 Pflegegrad 5*

Pflegegeld: 0,00€
 316,00€
 545,00€
 728,00€
 901,00€

Eingetragene Pflegeperson: _____
Name, Vorname, (Verwandtschaftsverhältnis)

eine Einstufung wurde beantragt. eine Einstufung wurde **nicht beantragt**.

Ergänzend zu einer 24h-Betreuung kommt ebenfalls:

Pflegedienst: Behandlungspflege 1x am Tag 2x am Tag 3x am Tag
 Grundpflege

für folgende Leistungen: _____

med. Fußpflege: bei Bedarf regelmäßig

Putzhilfe: wöchentlich 14-tägig

Tipp: Wenn die medizinische Behandlungspflege oder die medizinische Fußpflege erforderlich ist, beachten Sie bitte dass diese von einer Alltagshilfe nicht übernommen werden können, sondern nur von Fachpersonal.

Die zu betreuende Person leidet unter den nachfolgenden Erkrankungen:

| | | | | |
|---|---|---------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Demenz | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten* |
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Parkinson | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten* |
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Multiple Sklerose | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten* |
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Polyneuropathie | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten* |
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Osteoporose | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten |
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Asthma | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten |
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Rheuma | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten |
| <input type="checkbox"/> beginnend | ← | Arthrose | → | <input type="checkbox"/> fortgeschritten |
| <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig | ← | Diabetes Mellitus (I/II) | → | <input type="checkbox"/> nur medikamentös |
| <input type="checkbox"/> Dialysepatient | ← | Nierenerkrankung | → | <input type="checkbox"/> nur medikamentös |
| <input type="checkbox"/> Marcumar | ← | Herzerkrankung | → | <input type="checkbox"/> ASS |
| <input type="checkbox"/> arteriell | ← | Gefäßerkrankung | → | <input type="checkbox"/> venös |

Die zu betreuende Person hat die folgenden Behinderungen und Leiden:

| | | | | |
|---|---|-----------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> zeitlich | ← | Desorientierung | → | <input type="checkbox"/> örtlich |
| <input type="checkbox"/> mit Hinlauftendenz | ← | motorische Unruhe | → | <input type="checkbox"/> ohne Hinlauftendenz |
| <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | ← | Beinödeme | → | <input type="checkbox"/> erhöhte Lagerung |
| <input type="checkbox"/> mit Schutzhosen | ← | Urininkontinenz | → | <input type="checkbox"/> mit Katheter |
| <input type="checkbox"/> mit Schutzhosen | ← | Stuhlinkontinenz | → | <input type="checkbox"/> künstlicher Darmausgang |
| <input type="checkbox"/> linksseitig | ← | offenes Bein (Ulcus) | → | <input type="checkbox"/> rechtsseitig |

* *Vergleiche Seite 2 dieses Fragebogens.*

Zustand nach dem Schlaganfall:

- Lähmung re. (mit Restbewegung) Lähmung re. (ohne Restbewegung)
 Lähmung li. (mit Restbewegung) Lähmung li. (ohne Restbewegung)

- Sprachstörungen Schluckbeschwerden Atembeschwerden

Krebserkrankung: ja, Art der Erkrankung: _____ nein

- Chemotherapie Bestrahlung unbehandelt

Sonstige Erkrankungen: _____

Sterbebegleitung: ja*

Bettlägerigkeit:

- ja, die zubetreuende Person leistet Hilfestellung bei der Grundpflege
 ja, die zubetreuende Person leistet keine Hilfestellung bei der Grundpflege*

- Kontrakturen: _____ Druckstellen (Dekubitus): _____

- Stehen:** _____ → sicher unsicher gar nicht
Gehen: _____ → sicher unsicher gar nicht

Die zu betreuende Person wiegt ca. _____ und ist _____ groß.

Hinweis: Wenn die Mobilität in Kombination mit starkem Übergewicht (Adipositas Grad 1 = BMI > 30) eingeschränkt ist, wird eine Erschwerniszulage in Höhe von 5,00 Euro pro Tag berechnet.

Hilfestellung benötigt bei:

- | | | | | |
|--|--------|---------------------------|--------|---|
| <input type="checkbox"/> Unterstützung | ←————— | Nahrungsaufnahme | —————→ | <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung | ←————— | An- und Auskleiden | —————→ | <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung | ←————— | Grundpflege | —————→ | <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme |

Die zu betreuende Person verfügt über die folgenden Hilfsmittel:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Badewannenlift | <input type="checkbox"/> Personenlift | <input type="checkbox"/> Treppenlift |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Anti-Dekubitus-Matratze |
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Kompressionsstümpfe |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> Tracheostoma |
| <input type="checkbox"/> Demenz-Fußmatte | <input type="checkbox"/> Demenz-Besteck (Esshilfe) | <input type="checkbox"/> Greifhilfe/Greifarm |

Nachruhe

Eine Zusammenhängende Nachruhe von mindestens fünf Stunden für die Betreuungskraft

- ist gewährleistet
 ist nicht gewährleistet*

Tipp: Sollte die Nachruhe nicht gewährleistet sein, so wird eine Erschwerniszulage von 5,00 EUR pro Nacht von der Betreuungskraft erhoben.

* *Vergleiche Seite 2 dieses Fragebogens.*

Bei der zu betreuenden Person ist der folgende Tagesrhythmus zu beachten:

- Aufstehen ca: _____ Uhr
- Frühstück ca: _____ Uhr
- Mittagessen ca: _____ Uhr
- Abendessen ca: _____ Uhr
- Zubettgehen ca: _____ Uhr
- sonstiges (mit Uhrzeitangabe): _____

Bei der Tagesplanung ist besonders wichtig: _____

Bei der Menüplanung ist besonders wichtig: _____

Folgende Unternehmungen/Hobbies sollten außerdem berücksichtigt werden:
