

# Informationsbogen

## Rund-um-die-Uhr-Betreuung / Alltagsassistenz

**Per Fax an:**

07531/8104-20

**Per Post an:**

Malteser Hilfsdienst e.V.  
Bezirksgeschäftsstelle  
Pflege & Betreuung  
Friedrichstrasse 23  
78464 Konstanz

### **Auftraggeber (Kontaktperson):**

Name: \_\_\_\_\_

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

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

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

@Mail: \_\_\_\_\_

### **Zu betreuende/pflegende Person:** (Leistungsempfänger)

Name: \_\_\_\_\_

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

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Alter: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Pflegestufe:  keine Pflegestufe  1  2  3  Härtefall

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?  ja  nein

Soll der ambulante Pflegedienst weiterhin kommen?  ja  nein

Welche **Krankheitsbilder** sind bekannt (zum Beispiel Schlaganfall, Parkinson, etc.)?

---

---

---

### **Pflegeumfang/Tätigkeitsbeschreibung**

(zum Beispiel Körperpflege, An- und Ausziehen, hauswirtschaftliche Unterstützung, etc.):

---

---

---

---

---

### **Hilfsmittel** - Welche Hilfsmittel werden benötigt?

Brille  Hörgerät  Vierpunkt-Stock  Rollator

Badewannenlift  Nachtstuhl  Rollstuhl

Sonstige: \_\_\_\_\_

Hobbies und Interessen der zu betreuenden/pflegenden Person:

---

---

---

---

Raucher  ja  nein

Alleinstehend  ja  nein

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

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut/gepflegt werden?

ja  nein

**Falls ja, Angaben zur zweiten zu betreuende/pflegende Person:**

Name: \_\_\_\_\_

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

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

Pflegestufe:  keine Pflegestufe  1  2  3  Härtefall

Welche **Krankheitsbilder** sind bekannt (zum Beispiel Schlaganfall, Parkinson, etc.)?

---

---

---

**Pflegeumfang/Tätigkeitsbeschreibung**

(zum Beispiel Körperpflege, An- und Ausziehen, hauswirtschaftliche Unterstützung, etc.):

---

---

---

**Hilfsmittel** - Welche Hilfsmittel werden benötigt?

Brille  Hörgerät  Vierpunkt-Stock  Rollator  
 Badewannenlift  Nachtstuhl  Rollstuhl  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Leben in dem Haushalt der zu betreuenden/pflegenden Person(en) Haustiere?

ja  nein

Wenn ja, welche(s):  Hund  Katze  Vogel

sonstiges: \_\_\_\_\_

**Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes:** \_\_\_\_\_

**Voraussichtliche Dauer des Einsatzes:**

1 Monat

bis 3 Monate

länger als 3 Monate

## Beschreibung der Wohnung

Die zu betreuende(n)/pflegebedürftige(n) Person(en) lebt/leben

in einem Haus  in einer Wohnung \_\_\_\_\_ qm/ \_\_\_\_\_ Zimmer

mit Garten

Kann dem Personal ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden?

ja  nein

## Anforderung an das Personal

Gewünschte Leistungen:

Hauswirtschaftliche Unterstützung

24-Stunden Betreuung/Pflege

Urlaubsvertretung/Begleitung

Gewünscht wird:  Frau  Mann

## Wie möchten Sie Ihre Rückantwort erhalten?

E-Mail

Telefon

Fax

Post

Haben Sie noch Fragen oder Anregungen?

---

---

---

---

---

Ihre Angaben und Informationen werden von uns selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

Vielen Dank für Ihre Anfrage!

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

**Malteser**

**Pflege & Betreuung**

**TELEFAX (07531) 8104-20**