24h
Pflege aus Polen

SENIORENBETREUUNG
in den eigenen 4 Wänden

Kolba
med-Agentur

52080 Aachen
Tel.: 0241 16 30 37
Fax: 0241 16 96 63 7
info@kolba-med.de
www.kolba-med.de

FRAGEBOGEN
unverbindlich

Senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zurück. Wir fangen anhand der Informationen im Fragebogen und der Informationen aus unseren Gesprächen, die Suche nach der geeigneten Betreuungskraft an.

ANGEBOT (CV- LEBENSLAUF)

Sie bekommen von uns ein Angebot zugeschickt bestehend aus einem oder zwei Lebensläufen und dem Preis der Betreuung.

ANSPRECHPARTNER

Sabina Kolba

Kinga Dogan (Kolba)

verbindlich

VERTRAG

Sobald Sie sich für eine Betreuungskraft entschieden haben, unterzeichnen wir den Dienstleistungsvertrag mit der Firma, in welcher die Betreuungskraft angestellt ist.

Widerrufsrecht: Sie können innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) den Vertrag widerrufen.

ANREISEDATEN

Sie bekommen von uns die genauen Anreisedaten der Betreuungskraft und ihre Telefonnummer, damit Sie sie bei Bedarf kontaktieren können

ANKUNFSTTAG DER BETREUER/IN

Am vereinbarten Ankunftstag
Betreuer/in **kommt direkt an die angegebene Adresse** oder (sehr selten) werden Sie die Betreuer/-in am Busbahnhof oder Bahnhof (ZOB) auf eigene Kosten abholen. Dasselbe gilt für die Rückkehr der Betreuer/-in.
Die Wechseldaten der Betreuungskräfte bekommen Sie von uns zugeschickt.

2006 © Kolba-med-Agentur

Mühlenweidweg 16
52080 Aachen

Tel.: 0241 16 30 37
Fax: 0241 16 96 637

info@kolba-med.de
www.kolba-med.de

FRAGEBOGEN

ADRESSE / KONTAKT BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

1. Angaben zum Auftraggeber (Kontaktperson)

Name _____

Vorname _____

Verwandtschaftsgrad _____

(zu der zu betreuenden Person)

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

2. Angaben zur zu betreuenden Person (Leistungsempfänger)

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

BETREUUNGSDAUER

gewünschtes Anfangsdatum .....

☐ Kurzzeitpflege (KZPF) (bis zu 2 Monaten)

☐ 1 Monat, ☐ 6 Wochen, ☐ 2 Monate,

Pflege ab 2 Monate:

☐ 3 Monate ☐ 6 Monate ☐ 1 Jahr ☐ Unbefristet

DIE ZU BETREUENDE PERSON

Größe: ..... Gewicht ..... Geschlecht: ☐ Weiblich ☐ Männlich

Wohnt die Zu betreuende Person alleine? ☐ ja ☐ nein

Wen nein: ☐ mit Ehepartner ☐ mit Kindern ☐ mit Lebensgefährten

☐ Sonstige: .....

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden? ☐ ja ☐ nein

Falls ja füllen Sie bitte einen weiteren Fragebogen aus.

PFLEGEGRAD

Keine: ☐

Wenn ja, welche: ☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5.

Beantragt: ☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5.

PFLEGEDIENST

Erfolgt z. Zt. Versorgung durch einen Pflegedienst: ☐ ja ☐ nein

Wie oft täglich: .....

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst: .....

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden: ☐ ja ☐ nein

Kolba-med-Agentur
Mühlenweidweg 16, 52080 Aachen
Tel.: 0241 16 30 37
Fax: 0241 16 96 63 7
www.kolba-med.de
info@kolba-med.de

DIAGNOSEN

☐ altersbedingte Gehschwäche	☐ Asthma	☐ beginnende Demenz	☐ Diabetes
☐ Schlaganfall ☐ re ☐ li	☐ Dekubitus	☐ Demenz	☐ Diabetes insulinpfl.
☐ Herzrhythmusstörung	☐ Osteoporose	☐ Alzheimer	☐ Allergien
☐ Herzinsuffizienz	☐ Rheuma	☐ Parkinson	☐ chronische Durchfälle
☐ Hypertonie	☐ Stoma	☐ Depression	☐ Tumor
☐ Herzinfarkt	☐ Inkontinenz	☐ multiple Sklerose	
☐ Hepatitis C	☐ Sonstige:		

ALLGEMEINE FRAGEN

Ist die zu betreuende Person bettlägerig?	☐ ja ☐ nein
Muss die zu betreuende Person umgelagert werden?	☐ ja ☐ nein
Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen?	☐ ja ☐ nein
Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett?	☐ ja ☐ nein
Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit?	☐ ja ☐ nein
Ist die zu betreuende Person ein Raucher?	☐ ja ☐ nein
Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten?	☐ ja ☐ nein

Falls „ja", welche ansteckende Krankheit? .....

Leiden andere Im Haushalt Lebenden Personen an ansteckenden Krankheiten? ☐ ja ☐ nein

Falls „ja", welche? .....

PROBLEME IN DER KOMMUNIKATION

Sprache:	☐ keine	☐ teilweise	☐ massive Probleme
Hörvermögen:	☐ keine	☐ teilweise	☐ massive Probleme
Sehkraft:	☐ keine	☐ teilweise	☐ massive Probleme

Hilfsmittel: .....

Hörgerät:	☐ ja	☐ nein
Brille:	☐ ja	☐ nein

Kolba-med-Agentur
Mühlenweidweg 16, 52080 Aachen
Tel.: 0241 16 30 37
Fax: 0241 16 96 63 7
www.kolba-med.de
info@kolba-med.de

ORIENTIERUNG

Zeitlich:	☐ orientiert	☐ zeitweise	☐ massive Probleme
Örtlich:	☐ orientiert	☐ zeitweise	☐ massive Probleme
Persönlich:	☐ orientiert	☐ zeitweise	☐ massive Probleme

BEWEGUNG

☐ selbstständig ☐ mit Unterstützung ☐ überwiegend im Rollstuhl ☐ bettlägerig

Hilfsmittel: .....

TREPPENSTEIGEN

☐ selbstständig ☐ mit Unterstützung ☐ nicht möglich

Hilfsmittel: .....

TRANSFER BETT / ROLLSTUHL

☐ selbstständig ☐ hilft mit ☐ komplett hilfsbedürftig ☐ bettlägerig / kein Transfer

☐ Lift Hilfsmittel: .....

BADEN / DUSCHEN

☐ selbstständig ☐ braucht Hilfe ☐ komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel: .....

HILFSMITTEL

☐ Stock ☐ Nachtstuhl ☐ Rollator ☐ Rollstuhl

☐ Pflegebett ☐ Dekubitus Matratze ☐ Badewannenlift

Sonstige: .....

Kolba-med-Agentur
Mühlenweidweg 16, 52080 Aachen
Tel.: 0241 16 30 37
Fax: 0241 16 96 63 7
www.kolba-med.de
info@kolba-med.de

KÖRPERPFLEGE

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterstützung
Gesicht:	☐	☐	☐	☐
Mundpflege / Zahnprothese:	☐	☐	☐	☐
Oberkörper:	☐	☐	☐	☐
Gesäß / Beine:	☐	☐	☐	☐
Intimpflege:	☐	☐	☐	☐
Haare kämmen / waschen:	☐	☐	☐	☐
Rasieren:	☐	☐	☐	☐
Handpflege:	☐	☐	☐	☐
Fußpflege:	☐	☐	☐	☐

URINKONTROLLE

☐ kontinent ☐ teilweise inkontinent (z.B. nachts) ☐ inkontinent ☐ mir unbekannt

Hilfsmittel: ☐ Windeln ☐ Vorlagen ☐ Urinflasche

☐ Katheter ☐ suprapubischer Katheter

STUHLKONTROLLE

☐ kontinent ☐ teilweise inkontinent (z.B. nachts) ☐ inkontinent ☐ mir unbekannt

Hilfsmittel: .....

AN- / AUSKLEIDEN

☐ selbstständig ☐ braucht Hilfe ☐ komplett hilfsbedürftig ☐ mir unbekannt

ESSEN / TRINKEN

☐ selbstständig ☐ braucht Hilfe z. B. beim Schneiden ☐ komplett hilfsbedürftig ☐ mir unbekannt

KAU – UND SCHLUCKSTÖRUNGEN

☐ keine ☐ Störungen ☐ PEG Sonde ☐ Nahrungskarenz ☐ Trinkkarenz

Kolba-med-Agentur
Mühlenweidweg 16, 52080 Aachen
Tel.: 0241 16 30 37
Fax: 0241 16 96 63 7
www.kolba-med.de
info@kolba-med.de

DIÄT

☐ keine ☐ wenn ja, welche: .....

EIN- / DURCHSCHLAFEN

☐ keine Probleme ☐ sporadische Störungen ☐ Schlaf-wach-Rhythmus gestört

Bekommt der Patient Schlafmittel: ☐ ja ☐ nein

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf?

☐ 1Mal ☐ 2 - 3 Mal ☐ mehr als 3 Mal

besteht die Möglichkeit den Schlaf tagsüber nachzuholen? ☐ ja ☐ nein
(Freizeitstunden ausgenommen)

Muss die Betreuungskraft in der Nacht mithelfen? ☐ bei Bedarf, z.B 1 x Woche ☐ jede Nacht

Bitte beschreiben Sie kurz, was getan werden muss. (z.B.: Begleitung zum Bad, etwas zum Trinken holen etc.)

AKTUELLE THERAPIEN

☐ keine ☐ Krankengymnastik ☐ Logopädie

☐ sonstige:.....

WIE IST DER PATIENT VON WESEN UND CHARAKTER?

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie den Patienten beschreiben / einschätzen würden:

☐ fröhlich	☐ humorvoll	☐ bestimmend	☐ unzufrieden
☐ offen	☐ friedlich	☐ teilweise verwirrt	☐ aggressiv
☐ lieb	☐ gutmütig	☐ ruhig	☐ launisch
☐ kontaktfreudig	☐ sehr gefasst	☐ eigensinnig	☐ depressiv
☐ kooperativ	☐ dominant	☐ starrsinnig	☐ eher zurückgezogen
☐ charmant	☐ umgänglich	☐ lustlos	☐ bleibt gerne allein
☐ sehr dankbar	☐ verständnisvoll	☐ nicht ansprechbar	(schätzt seine Privatsphäre)
☐ freundlich	☐ neigt zum Alkohol	☐ etwas mürrisch	☐ legt großen Wert auf Allgemeinbildung

☐ Sonstiges: .....

Welche Hobbys hat der Patient: .....

Kolba-med-Agentur Tel.: 0241 16 30 37 www.kolba-med.de
Mühlenweidweg 16, 52080 Aachen Fax: 0241 16 96 63 7 info@kolba-med.de

ANFORDERUNGEN AN DAS PERSONAL

GESCHLECHT

☐ Frau ☐ Mann ☐ irrelevant

FÜHRERSCHEIN

☐ ja wichtig, Auto ist vorhanden, kann von der Betreuerin genutzt werden und ist entsprechend versichert.

☐ gern gesehen ☐ nein

*Bei Übergabe eines Fahrzeugs an den Dienstleistungserbringer, werden im Falle einer etwaigen Beschädigung des Fahrzeugs oder seines Diebstahls keine Ansprüche gegenüber dem Dienstleister und dem Dienstleistungserbringer gestellt.

RAHMENBEDINGUNGEN

LAGE

☐ Großstadt - zentral ☐ Großstadt – abgelegen ☐ Kleinstadt ☐ Dorf ☐ ländlich

WOHNSITUATION

☐ Einfamilienhaus ☐ Mehrfamilienhaus ☐ Wohnung ☐ sonstige:

EINKAUFSMÖGLICHKEITEN (zu Fuß)

☐ ca. 10 min. ☐ ca. 20 min. ☐ ca. 40 min. ☐ 1 Stunde ☐ länger als 1 Stunde

AUSSTATTUNG DES ZIMMERS FÜR DEN / DIE MITARBEITER / -IN

☐ eigenes Bad ☐ Bett ☐ Tisch ☐ Schrank ☐ Radio ☐ TV

☐ Computer ☐ Zugang zum Internet ☐ Festnetzflatrate (z. Bsp. Telekom)

Bemerkungen: .....

Falls noch kein Zugang zum Internet vorhanden, ist es möglich diesen einzurichten? ☐ ja ☐ nein

Falls nein- Lösungsvorschlag: .....

Kolba-med-Agentur
Mühlenweidweg 16, 52080 Aachen
Tel.: 0241 16 30 37
Fax: 0241 16 96 63 7
www.kolba-med.de
info@kolba-med.de

FREIZEIT

☐ 3 Std. pro Tag (muss gewährleistet sein) ☐ 6 Std. alle 2 Tage

☐ ein freier Tag in der Woche ☐ nach Absprache

ZUSÄTZLICHE VORAUSSETZUNGEN

HAUSTIERE

☐ keine ☐ wenn ja, welche: .....

Sollen die Haustiere mitversorgt werden: ☐ ja ☐ nach Bedarf ☐ nein

EINKÄUFE / KOCHEN / ESSENVORBEREITUNG

☐ immer ☐ ab und zu ☐ nein für wie viele Personen .....

Lieblingslebensmittel und -getränke: .....

WÄSCHE WASCHEN / BÜGELN

☐ immer ☐ ab und zu ☐ nein

Gibt es eine Haushaltshilfe: ☐ nein ☐ ja

wenn ja, wie oft kommt zum Einsatz: .....

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt: .....

BEGLEITUNG BEI ARZTBESUCHEN

☐ immer ☐ ab und zu ☐ nein

---

*Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen **nach meinem besten Wissen** wahrheitsgemäß und vollständig sind.*

Datum Ort Unterschrift

Kolba-med-Agentur
Mühlenweidweg 16, 52080 Aachen
Tel.: 0241 16 30 37
Fax: 0241 16 96 63 7
www.kolba-med.de
info@kolba-med.de

SPRACHKENNTNISSE UND TAGESSÄTZE

Entscheiden Sie selbst welche Preisgruppe Sie in Anspruch nehmen möchten.

PREISLISTE

☐ B2 - gut bis sehr gut
ab 90 €/ Tag

☐ B1 - befriedigend
ab 85 €/Tag

☐ A2 - ausreichend
ab 82 €/Tag

☐ A1 - schwach
ab 76 €/Tag

☐ Regelmäßige nächtliche Einsätze 4,00 € / Tag

☐ Führerschein auf Wunsch 2,00 € / Tag

☐ zweite Person im Haushalt 3,50 € - 4 € / Tag

☐ Bei einer Betreuung von 2 Personen im Haushalt erhöht sich der Tagessatz um bis zu 30 %.
Dies hängt vom Dienstleister und dem Betreuungsaufwand/ Patientenzustand ab.

Wir werden Ihnen nach der von Ihnen ausgewählten Tagessatz passende Betreuungsvorschläge zukommen lassen.

BEI DER BETREUUNG WERDEN FEIERTAGE DOPPELT BERECHNET.
DIE LISTE DER FEIERTAGE LIEGT IM VERTRAG BEI.

Die Reisekosten werden je nach Agentur gesondert berechnet.

***A1 - schwache Deutschkenntnisse**
Die Betreuungskräfte kommunizieren mit einfachen einzelnen Wörtern

***A2 - ausreichende - befriedigende Deutschkenntnisse**
Die Betreuungskräfte kommunizieren mit einfachen Sätzen. Die Betreuungskraft versteht einfach formulierte Sätze und antwortet in einfach gehaltener Sprache. Informationen bezüglich der zu betreuenden Person an Familienangehörige oder Ärzte weiterzugeben ist problemlos für sie.

***B1 - befriedigende – gute Deutschkenntnisse**
Mit einer Betreuungskraft, die über gute Deutschkenntnisse verfügt können Sie sich problemlos unterhalten. Die Damen oder Herren verfügen über einen großen Wortschatz, können sich spontan und fließend verständigen.

***B2 – sehr gute Deutschkenntnisse**
Eine Betreuungskraft, die über sehr gute Deutschkenntnisse verfügt kann sich klar, strukturiert und ausführlich äußern, kann die Sprache im gesellschaftlichen und beruflichen Leben gebrauchen. Die Damen oder Herren können sich spontan und fließend ausdrücken, ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen.

Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Kolba-med-Agentur
Mühlenweidweg 16, 52080 Aachen
Tel.: 0241 16 30 37
Fax: 0241 16 96 63 7
www.kolba-med.de
info@kolba-med.de

Tagesstruktur

Wenn eine strikte Tagesplanung erforderlich ist (z. Bsp. Krankengymnastik, REHA Maßnahmen, Dialyse o.ä.)

MORGENS:

☐ wecken um ..... Uhr ☐ ausschlafen lassen

BADEN / DUSCHEN:

☐ 1 x pro Woche ☐ 2 x pro Woche ☐ 3 x pro Woche ☐ 4 x pro Woche

☐ 5 x pro Woche ☐ 6 x pro Woche ☐ 7 x pro Woche

WICHTIGES FÜR DIE TAGESPLANUNG:

☐ Pflegedienst um ..... Uhr ☐ Mo, ☐ Di, ☐ Mi, ☐ Do, ☐ Fr, ☐ Sa, ☐ So

☐ Krankengymnastik um ..... Uhr ☐ Mo, ☐ Di, ☐ Mi, ☐ Do, ☐ Fr, ☐ Sa, ☐ So

☐ REHA Maßnahmen um ..... Uhr ☐ Mo, ☐ Di, ☐ Mi, ☐ Do, ☐ Fr, ☐ Sa, ☐ So

☐ Dialyse um ..... Uhr ☐ Mo, ☐ Di, ☐ Mi, ☐ Do, ☐ Fr, ☐ Sa, ☐ So

☐ Friseursalon besuche um ..... Uhr ☐ Mo, ☐ Di, ☐ Mi, ☐ Do, ☐ Fr, ☐ Sa, ☐ So

☐ Manicure /Pedicure um ..... Uhr ☐ Mo, ☐ Di, ☐ Mi, ☐ Do, ☐ Fr, ☐ Sa, ☐ So

☐ Sonstiges: ..... um ..... Uhr

☐ Mo, ☐ Di, ☐ Mi, ☐ Do, ☐ Fr, ☐ Sa, ☐ So

HAT DER PATIENT FESTE ZEITEN ZU DENEN ER ZU BETT GEHT?

☐ ja Täglich um ..... Uhr

☐ nein, Tagesform abhängig

☐ bleibt abends gerne länger wach (braucht zu dieser Zeit nicht unbedingt Betreuung)

Kolba-med-Agentur
Mühlenweidweg 16, 52080 Aachen
Tel.: 0241 16 30 37
Fax: 0241 16 96 63 7
www.kolba-med.de
info@kolba-med.de

Datenschutzerklärung /Einverständniserklärung

Hiermit willige ich die Erhebung, Verarbeitung der von mir oben angegebenen Personalangaben und Gesundheitsdaten durch **Kolba-med-Agentur** zum Zwecke der Erbringung von Betreuungsdienstleistungen ein.

.....
Kunde bzw. Bevollmächtigter/Betreuer

Eine Datenerhebung sowie Datenverarbeitung ist nur gestattet, wenn Sie den Betreuungsfragebogen ausdrucken und die Datenschutzerklärung unterzeichnen. Fehlt Ihre Unterschrift, darf Kolba-med-Agentur Ihre Daten nicht an den Kooperationspartner weiterleiten; ihre Daten werden gelöscht. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Einverständnis zu Marketingzwecken

Meine personenbezogenen Daten werden an Kooperationspartner weitergeleitet und dazu verwendet, mich per E-Mail oder telefonisch zu Zwecken des Direktmarketings zu kontaktieren (nach Art. 172 des Gesetzes zum Telekommunikationsrecht vom 16. Juli 2004, umgesetzt aufgrund der Richtlinie 95/46/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 24. Oktober 1995 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (Datenschutzrichtlinie).

☐ Ich bin damit einverstanden. ☐ Ich bin damit nicht einverstanden.

.....
Kunde bzw. Bevollmächtigter/Betreuer

Die Angabe Ihrer Daten ist freiwillig. Sie haben jederzeit Zugang zu den von Ihnen hinterlegten Daten und können diese jederzeit ändern und löschen lassen.

Der Verwalter Ihrer Personendaten ist **unser Kooperationspartner.** Die Daten werden zum Zweck der Betreuungsdienstleistungen verarbeitet. Die Angabe der Daten ist freiwillig, aber notwendig für die Realisierung des obengenannten Zwecks und zum Schutz Ihrer Gesundheit. Sie haben das Auskunft und Berichtigungsrecht in Bezug auf Ihre Daten.

Kolba-med-Agentur Tel.: 0241 16 30 37 www.kolba-med.de
Mühlenweidweg 16, 52080 Aachen Fax: 0241 16 96 63 7 info@kolba-med.de

UMFRAGE

DIESE FRAGEN SIND AUSSCHLIEßLICH FÜR INTERNE ZWECKE UNSERES UNTERNEHMENS GEDACHT.
WIR WÜRDEN SIE BITTEN SICH KURZ DIE ZEIT ZU NEHMEN UND DIESE AUCH AUSZUFÜLLEN.
SIE HELFEN UNS DAMIT SEHR.

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

☐ Krankenhaus: .....

☐ Arzt: .....

☐ Ihre Freunde .....

☐ Weiterempfehlung durch: .....

☐ Zeitung: .....

☐ Medien:

- ☐ Google
- ☐ Instagram
- ☐ Facebook

☐ Sonstiges: .....

VIELEN DANK

Familienunternehmen

Kolba Sabina
KOLBA-MED-AGENTUR
Mühlenweidweg 16 www.kolba-med.de Tel.: 0241 16 30 37
52080 Aachen info@kolba-med.de Fax: 0241 16 96 63 7