



B-M-S Adomat
–Hauswirtschaftliche Dienstleistungen–
Ul. Kopernika 3-5 / PASAZ A-Z
70-241 Szczecin / Polen
Tel.: 0048-698489470

Fragebogen

zurück per Fax.: 0048-91-4 84 72 71
oder per E-Mail: info@pflegedienst-pl.de

1. Auftraggeber

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift (PLZ, Ort, Strasse, Land): _____

Telefon: _____

Funktelefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

2. Angaben zu der zu betreuenden Person

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift (PLZ, Ort, Strasse, Land): _____

Telefon: _____

Funktelefon: _____

Alter: _____

Größe in cm: _____

Gewicht in kg: _____

Pflegestufe:

keine ____

beantragt ____

1 ____

2 ____

3 ____

Härtefall ____



4. Zur sozialen Situation:

Hobbys und Interessen der zu betreuenden Person: _____

Ist die betreuungsbedürftige Person allein stehend? Ja: ___ Nein: ___

Bei nein, wie viele Personen leben im Haushalt? ___

Soll eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden? Ja : ___ Nein: ___

(Bei ja, bitte einen weiteren Fragebogen ausfüllen !)

Ist regelmäßige Nacharbeit notwendig? Ja: ___ Nein: ___

Wenn ja, bitte kurz beschreiben: _____

5. Gewünschte Dienstleistungen:

Hauswirtschaftliche Versorgung:

Grundreinigung nach Ankunft: ___

leichte Gartenarbeiten: ___

kochen: ___ für wie viele Personen ? : ___

Reinigungsarbeiten: ___

aufräumen: ___

einkaufen: ___

waschen: ___

bügeln: ___

heizen: ___

Sonstiges: _____

Persönliche Versorgung:

Spaziergehen: ___

Hilfe beim Essen und Trinken: ___

Hilfe bei der Körperpflege: ___

Hilfe beim An- und Auskleiden: ___

Hilfe beim Toilettengang: ___

Windeln wechseln: ___

Begleitung zu Terminen (Arzt, Friseur, Kultur usw.): ___

aktivierende Betreuung: ___

Sonstiges: _____

6. Angaben zum Haushalt

Wohnung: ___ qm ca.: _____

Haus: ___ qm ca. _____

mit Garten: Ja: ___ Nein: ___

Haustiere: Ja: ___ Nein: ___

Bei ja, welche und Anzahl: _____

Der Wohnort hat, ca.: _____ Einwohner



7. Anforderungen zum Leistungserbringer

auch ohne Kenntnisse der deutschen Sprache: Ja: Nein:

einfache Kommunikation soll verstanden werden: Ja: Nein:

einfache Unterhaltung auf Deutsch soll möglich sein: Ja: Nein:

gute Deutschkenntnisse: Ja: Nein:

sehr gute Deutschkenntnisse: Ja: Nein:

Geschlecht: weiblich: männlich: egal:

Alter: 18-24: 25-30: 31-44: 45-54: 55-65: egal:

Führerschein: Ja: Nein: Bei ja, für PKW Typ: _____

Raucher: Ja: Nein: egal:

Ab wann (voraussichtlicher Vertragsbeginn)?: _____

Bis wann (voraussichtliche Vertragsdauer)?: _____

8. Weitere wichtige Hinweise zur Durchführung der Dienstleistungen:

Datum: Unterschrift: