

# ProSenio 24

## Hiermit

- ☐ bitte um einen Kostenvoranschlag:  
☐ beauftrage ich Sie eine Betreuung für folgende Person (Leistungsempfänger genannt) zu finden:  
(bitte ankreuzen)

### Leistungsempfänger:

Anrede: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

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

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

### Auftraggeber/ Kontaktperson:

Anrede: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

Betreuungsperson wohnt:

- ☐ alleine  
☐ zu zweit  
☐ mehr als zwei Personen

Wohnverhältnisse der be-  
treuungsbedürftigen Person:

- a) in einem Haus mit \_\_\_\_ qm und \_\_\_\_ Zimmer.  
b) in einer Wohnung mit \_\_\_\_ qm und \_\_\_\_ Zimmer.

# ProSenio 24

Befinden sich Haustiere im  
Haushalt der Betreuungsperson?

- ☐ Ja  
☐ Nein

(Aufgrund von eventuellen Allergien der  
Betreuungskräfte benötigen wir diese Angabe!)

welche Haustiere? \_\_\_\_\_

Hobbys der betreuungsbedürftigen

Person: \_\_\_\_\_

(z.B. Spazieren gehen, Lesen usw.)

Gesundheitliche Beeinträchti-  
gungen:

(z.B. Demenz, überwiegend bettlägerig)

- ☐ Alzheimer  
☐ Inkontinenz  
☐ MS - Patient  
☐ Demenz  
☐ Allergien  
☐ sonstige Krankheiten

wenn ja, bitte kurze Beschreibung der Schwere der Krankheit:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die betreuungsbedürftige Person: ☐ bewegt sich selbständig

☐ bewegt sich mit Rollator

☐ Rollstuhl angewiesen

☐ bettlägerig

☐ geistig und körperlich krank

☐ körperlich krank und geistig fit

☐ geistig krank und körperlich fit

☐ geistig und körperlich fit

Pflegeumfang/Tätigkeitsbeschreibung:

(Grundpflege, hauswirtschaftliche Unterstützung,  
z.B. Körperpflege, Windeln  
wechseln, Kochen, Verband wechseln,  
leichte Gartenarbeit usw. )

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# ProSenio 24

Bitte nennen Sie die hauptsächlichen,  
zu verrichtenden  
Arbeiten:

---

---

---

Ist ein Nachtdienst notwendig?

- ☐ Ja  
☐ Nein

wenn ja, in welchem Umfang?

---

---

---

---

---

Kommt ein ambulanter Pflegedienst?

- ☐ Ja  
☐ Nein

Wenn ja, welche Aufgaben  
erfüllt der Pflegedienst und  
wie oft ?

---

---

---

---

---

Pflegestufe:

- ☐ keine Pflegestufe  
☐ Pflegestufe 1  
☐ Pflegestufe 2  
☐ Pflegestufe 3

## Das Betreuungspersonal:

Gewünscht wird:

- ☐ Mann  
☐ Frau

Alter:

- ☐ unwichtig

(Alter des Betreuungspersonals)

- ☐ von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_

# ProSenio 24

Voraussichtliche Dauer des  
Einsatzes:

\_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Beginn  
der Betreuung:

\_\_\_\_\_ Datum oder Monat

deutsche Sprachkenntnisse  
erwünscht?

- ☐ Grundkenntnisse (einfache Anweisungen werden verstanden)
- ☐ mittlere Sprachkenntnisse (einfache Unterhaltungen sind möglich)
- ☐ gute Sprachkenntnisse (sehr begrenzte Anzahl an Mitarbeitern. Keine Garantie!)

Angedachter Einsatz als:

- ☐ Hauswirtschaftliche Unterstützung
- ☐ 24-Stunden Betreuung/Pflege
- ☐ Urlaubsvertretung

Besondere Anforderungen  
an das Betreuungspersonal:

(z.B. Führerschein, Nichtraucher)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Betreuungskraft wird  
untergebracht:

a) \_\_\_\_\_ Zimmer

b) Ausstattung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(mindestens Bett und Schrank!)

c) Sonstiges

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(z.B. Fernseher, separates Bad/WC)

# ProSenio 24

Darf die Kraft 1-mal pro Woche zu Hause anrufen?

- ☐ Ja, kein Problem  
☐ Nein, ist nicht möglich

Wie möchten Sie ihre Rückantwort erhalten?

- ☐ E-Mail  
☐ Per Fax  
☐ Per Telefon

Fragen oder Anmerkungen:

---

---

---

---

---

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

-----  
Ort/ Datum

-----  
Unterschrift