



FairCare
menschlich betreut

Ihre zuständige FairCare Partnerstation:

Ab wann soll die Betreuung stattfinden _____

Beschäftigungsdauer: 3 Monate 6 Monate dauerhaft (ab 12 Monaten)
 andere: _____

Auftraggeber/ Ansprechpartner

Familienname: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Mailadresse: _____

Zu betreuende Person

Einzelperson (Ehe-)Paar

1. Person

2. Person

Familienname _____

Vorname(n) _____

Geburtsdatum _____

Größe/Gewicht _____

Geschlecht weiblich männlich weiblich männlich

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Verhältnis zu Auftraggeber: _____

Gibt es einen gesetzlichen Betreuer? ja nein

Angaben zur pflegebedürftigen Person:

1. Person

Pflegestufe I II III beantragt Erblindung

Mobilität:

kann alleine laufen kann mit Hilfe laufen
 bettlägerig Rollstuhl

Toilette:

selbständig mit Hilfe
 Teilinkontinenz Vollinkontinenz

Folgende Krankheiten / Behinderungen / Einschränkungen liegen vor:

2. Person

Pflegestufe I II III beantragt Erblindung

Mobilität:

kann alleine laufen kann mit Hilfe laufen
 bettlägerig Rollstuhl

Toilette:

selbständig mit Hilfe
 Teilinkontinenz Vollinkontinenz

Folgende Krankheiten / Behinderungen / Einschränkungen liegen vor:

Beauftragter Pflegedienst:

Ansprechpartner:

Sonstige bestehende Unterstützung (z. B. Tagespflege, Nachbarschaftshilfe)

Haben Sie schon Erfahrung mit Betreuungshilfen? ja nein

Anmerkungen:

Angaben zum Haushalt:

- Wohnung, welches Stockwerk: _____
- Haus
- Garten mit ca. qm: ____

Besteht eine Privat-Haftpflichtversicherung?

- ja
- nein

Anzahl der im Haushalt lebenden Personen: _____

Gibt es im Haushalt folgende Hilfsmittel?

- Wannlift
- Treppenlift
- Pflegebett

Haben Sie Haustiere?

- nein
- ja, welche: _____

Besondere Ernährungsweise der Familie:

- normal
- vegetarisch
- andere, welche: _____

Wird in der Familie geraucht?

- ja
- nein

Nächste Stadt/Zentrum: _____ Entfernung _____ km

Verkehrsanbindung:

- Bus
- Bahn
- S-/U-Bahn

Unterbringung:

Wie ist Ihre Betreuungskraft untergebracht?

- Die Unterkunft befindet sich im Haushalt
- nicht im Haushalt

Verpflegung:

- Die Verpflegung wird kostenlos gestellt

Welche Mithilfe erwarten Sie von Ihrer Betreuungskraft?

Tätigkeiten im Haushalt	täglich	wöchentlich	monatlich
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pflegerische Alltagshilfen (einfache Unterstützungstätigkeiten)

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Beschreiben Sie kurz den **Tagesablauf** (max. 38,5 Std. / Woche.:

Zum Beispiel: Aufstehen/Anziehen/Frühstücken 1 Std, Mittagessen zubereiten 1 Std, Nachmittagsgestaltung 2 Std, Abendessen 1 Std, Nachtbereitschaft 1 Std

_____ Std	_____ Std

Regelmäßige Nacharbeit ja nein

Wie ist der Freizeitausgleich geregelt?

Zum Beispiel: 1-2 Tage / Woche frei
