



Fragebogen für Familienbetreuer/innen

Datum: _____

Anschrift:

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Stadtteil/Kreis: _____

Tel.: privat: _____ mobil: _____

 dienstl.: _____

 FAX: _____ e-mail: _____

Ich bewerbe mich aufgrund der Anzeige in: _____

Ausgabe vom: _____

Hier ist Platz für Ihr Familienfoto und/oder Passfoto

I. Art der Betreuung

Welche Art der Betreuung können Sie übernehmen?

- Begleitung bei Arztbesuchen
- Unterstützung bei Behördengängen
- Gesellschaft leisten
- Begleitung beim Einkaufen
- Gemeinsame Spaziergänge
- Vorlesen
- Sonstiges

(Bitte kreuzen Sie alles an, was für Sie in Frage kommt.)

Würden Sie auch einen Menschen betreuen, der

- behindert
- chronisch krank
- bettlägerig
- dement/gedächtnisschwach
- schwerkrank ist?

(Bitte kreuzen Sie an, was für Sie in Frage kommt.)

Haben Sie Erfahrungen in der Zubereitung von seniorenrechtlichen Mahlzeiten und Diäten?

- ja nein

Wenn ja, welche _____

Sind sie bereit, Aufgaben im Haushalt zu übernehmen?

- nein
- ja, kleinere Aufgaben (z. B. Aufräumen, Einkaufen, Abwaschen)
- ja, volle Unterstützung im Haushalt (z. B. Putzen, Wäsche waschen)

Sind Sie bereit, handwerkliche Tätigkeiten und Gartenarbeit zu übernehmen?

- nein, überhaupt nicht
 ja, ich kann folgende Tätigkeiten übernehmen. _____
-

Würden Sie in einem Haushalt arbeiten, in dem Haustiere leben?

- ja nein

Können Sie vorübergehend die Pflege von Haustieren übernehmen?

- ja nein

II. Zu Ihrer persönlichen und familiären Situation

Welchen Familienstand haben Sie? _____

Welche Nationalität haben Sie? _____

Benötigen Sie eine Arbeitserlaubnis? ja nein

Haben Sie eigene Kinder? ja geb. _____ nein

Welcher Konfession/Glaubensgemeinschaft gehören Sie an? _____

III. Besondere Kriterien, die für die Vermittlung wichtig sind

Haben Sie einen Führerschein? ja nein

Haben Sie ein Auto? ja nein

Wären Sie bereit, die zu betreuende Person mit Ihrem Auto zu fahren? ja nein

Sind Sie Raucher/in? ja nein

Wenn ja: Rauche Sie auch während der Arbeit? ja nein

Haben Sie einen „Erste Hilfe Kurs“ besucht ja nein

Wenn ja, in welchem Jahr? _____

IV. Zu Ihrer Erfahrung und Ihrer Ausbildung

Welchen Schulabschluss haben Sie? _____

Sprechen Sie eine Fremdsprache? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Berufsausbildung? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine pflegerische Ausbildung oder einen Pflegekurs besucht?

nein ja, _____

Haben Sie Erfahrung (beruflich oder privat) in der Betreuung alter und/oder kranker Menschen?

ja nein

Wenn ja, wie lange haben Sie diese Betreuung gemacht und was war Ihre Aufgabe dabei?

Bitte legen Sie, wenn vorhanden, Zeugnisse oder Empfehlungsschreiben bei!

Haben Sie spezielle Kenntnisse z. B. Diabetes, Pflege von Patienten mit Alzheimer-Erkrankung?

nein ja, _____

Sind Sie interessiert, mehr über die Betreuung von älteren und/oder kranken Menschen zu lernen und sind Sie bereit, an Gruppenabenden bzw. Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen?

ja nein

V. Arbeitsbedingungen

Haben Sie vor langfristig als Familienbetreuerin zu arbeiten?

- ja, _____ nein, ungefähr bis _____

Folgender zeitlicher Umfang ist vorstellbar:

- je nach Bedarf bzw. nach Absprache
 stundenweise
 halbtags von _____ Uhr bis _____ Uhr
 ganztags von _____ Uhr bis _____ Uhr

An welchen Tagen können Sie diese Zeiten anbieten?

- MO DI MI DO FR SA SO

Sonstige Kommentare zu Ihren zeitlichen Vorstellungen (bitte beachten Sie hierbei Ihre Urlaubsplanung und Ihre besonderen zeitlichen Angebote, z. B. in den Ferien, nachts ...)

Sind Sie auch bereit Bereitschafts- bzw. Notdienste über Nacht zu übernehmen?

- ja nein

Ihre möglichen räumlichen Einsatzorte (Stadtteile oder Landkreis)

Welche Gehaltsvorstellungen haben Sie?

Stündlich € _____ oder monatlich € _____ bei _____ Std./Woche

VI. Zu Ihrer gesundheitlichen Situation

Ich habe folgende Krankheiten, die Auswirkungen auf meinen Umgang mit älteren und/oder kranken Menschen haben können (z. B. Allergien, Herzkrankheiten, psychische Erkrankungen etc.)

Haben Sie einen Behindertenausweis? ja nein

Wenn ja, um welche Behinderung handelt es sich? _____

VII. Zu Ihrer aktuellen Situation

Sie sind:

- arbeitslos
- in Ausbildung
- berufstätig im Umgang von _____ Std./Woche
- Hausfrau/-mann
- Rentner/in
- Schüler/in
- Sozialhilfeempfänger/in
- Student/in in der Fachrichtung _____

Ein ärztliches Attest und ein Führungszeugnis reiche ich nach!

Ort/Datum

Unterschrift

