



**Haushaltshilfe  
Thomas**  
Ihre schnelle Hilfe im Alltag

# Interessenten Erstgespräch

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Uhr

Berater: \_\_\_\_\_

Klient:

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Kontaktperson / Angehörige

Name: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Aufnahme/ Selbstdarstellung der Hilfeanfrage:

Da wir die Haushaltshilfe und Betreuung unseres neuen Klienten optimal und nach seinen Bedürfnissen angepasst werden soll, und dies in unserer Alltagsbegleitung gewährleisten wollen, bitten wir um genaue

**Beantwortung der folgenden Fragen:**

Lebt der Klient alleine?      ja  nein       wenn nein, mit: \_\_\_\_\_

werden SGB XI Leistungen benötigt      ja  nein       Bemerkung: \_\_\_\_\_

Liegt bereits ein Pflegegrad vor?      ja  nein       wenn ja, seit: \_\_\_\_\_

Welche Pflegegrad liegt vor?      PG1  PG2  PG  PG4  PG5

Gibt es ein Gutachten?      ja  nein

**Es wird in folgenden Bereichen Hilfe benötigt?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Haushaltsführung | <input type="checkbox"/> Betreuung / Alltagsbegleitung |
| <input type="checkbox"/> Einkaufen                      | <input type="checkbox"/> Botengänge                    |

**Es werden folgende Haushalts- und Betreuungszeiten benötigt:**

- |                                      |                    |            |
|--------------------------------------|--------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> morgens     | Uhrzeit: _____ Uhr | sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> vormittags  | Uhrzeit: _____ Uhr |            |
| <input type="checkbox"/> mittags     | Uhrzeit: _____ Uhr |            |
| <input type="checkbox"/> nachmittags | Uhrzeit: _____ Uhr |            |

**Der leitende Alltagsbegleiter hat in diesem Erstgespräch folgendes erläutert:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leistungskatalog                                 | <input type="checkbox"/> Form und Durchführung der Leistungserbringung | <input type="checkbox"/> Betr.-Vertrag                |
| <input type="checkbox"/> Art und Form der Kooperation mit anderen Dienste | <input type="checkbox"/> §45b SGB XI                                   | <input type="checkbox"/> Erreichbarkeit/Verfügbarkeit |
|   | <input type="checkbox"/> §39 SGB XI                                    |   |

**Name und Adresse der Krankenkasse:**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Versichertennummer:** \_\_\_\_\_

**beginnt mit einem Buchstaben**

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Versicherung Nr.: 10** \_\_\_\_\_

**PLZ:** \_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_

**Weitere Bemerkungen:**

**Alltagsleitung**

**Klient:**

**Betreuer/gesetzl. Vormund**

---

Ort, Datum:

Es wird darauf hingewiesen, dass Haushalts u. Alltagsbegleitende Leistungen, die durch den Leistungserbringer Haushaltshilfe Thomas, vor der Feststellung eines Pflegegrades durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse, erbracht werden, durch den Kunden überbrückt werden müssen und dem Kunden privat in Rechnung gestellt werden. Etwaige Ansprüche des Kunden gegenüber seiner Kranken- oder Pflegekasse bleiben hierdurch unberührt.

**Alltagsleitung**

**Klient:**

**Betreuer/gesetzl. Vormund**

---

Ort, Datum: