

Bedarfsfragebogen

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden dieses an uns zurück

Bei Fragen rufen Sie uns bitte an: 05 109. 2 692 464 - vielen Dank!

01. Rahmendaten und persönliche Angaben

Geplanter Leistungsbeginn:

Angaben zur Kontaktperson

Name: Vorname:
Straße: Hausnummer:
PLZ: Ort:
Postfach:
Telefonnummer: Mobil-Nummer:
Email Adresse:

Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson:

Angaben zum Hilfebedürftigen

Name: Vorname:
Straße: Hausnummer:
PLZ: Ort:
Postfach: Geburtsdatum:
Telefonnummer: Mobil-Nummer:
Größe: Gewicht:

Wohnt diese Person alleine? ja nein

Wenn nein:

Name: Vorname:
Geburtsjahr:
Verwandtschaftsgrad: Pflegebedürftigkeit ja* nein

Telefonnummer: *(Wenn ja, bitte einen zweiten Bedarfsfragebogen bis Seite 4 ausfüllen)
Email Adresse:

02. Gesundheitlicher Status und Pflegesituation

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Alzheimer | |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Parkinson | |

Pflegegrad

- ohne 1 2 3 4 5

Pflegedienst

Erfolgt aktuell eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst? ja nein

Soll künftig ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen werden? ja nein

Wenn ja, wie oft soll der Pflegedienst beansprucht werden?

Welche Tätigkeiten? Medizinische Behandlungspflege per Krankenkassenabrechnung? Grundpflegeunterstützung?

Tagespflege / Betreuungsdienstleistung

Geht der Patient in eine Tagespflege? nein ja; wie oft:

Erhält der Patient bereits Betreuungsdienstleistungen? nein

ja; was und wie oft:

Probleme in der Kommunikation und Wahrnehmung

Sprache keine mäßige massive Probleme

Hörvermögen keine mäßige massive Probleme

Sehkraft keine mäßige massive Probleme

Hörgerät ja nein

Brille ja nein

Probleme in der Orientierung

Zeitliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Örtliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Persönliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Situative	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive Probleme

Motorische Einschränkungen

Bewegung	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	
	<input type="checkbox"/> überwiegend Rollstuhl	<input type="checkbox"/> bettlägerig	
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Transfer Bett/Rollstuhl	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
	<input type="checkbox"/> bettlägerig		
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung
<input type="checkbox"/> Patienten Lifter	<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> Badewannenlift
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Duschstuhl/Hocker	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>

Inkontinenz

Urinkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent (z.B. nachts)	<input type="checkbox"/> inkontinent
Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent (z.B. nachts)	<input type="checkbox"/> inkontinent

Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Urinflasche
<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>

Körperpflege

	selbstständig	unter Anleitung	teilweise selbstständig	komplette Unterstützung
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß/Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen/waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nahrungsaufnahme

- Essen selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig
- Trinken selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig
- Kau- u. Schluckstörungen keine Störung PEG Sonde
- Nahrungskarenz Trinkkarenz
- Diät keine erforderlich; welche:

Schlaf

- bekommt Schlafmittel ja nein
- Einschlafen keine Probleme Probleme
- Durchschlafen keine Probleme sporadische Störungen
- Schlaf-Wach-Rhythmus gestört braucht nachts Hilfe

Aktuelle Therapien

- keine Logopädie psychologische Betreuung
- Krankengymnastik

Wesen und Charakter

Bitte benennen Sie typische Eigenschaften /-arten des Hilfsbedürftigen (kurze Beschreibung, max. 400 Zeichen)

Ansteckende Krankheiten

- Sind ansteckende Krankheiten, wie MRSA, bekannt? nein ja
- wenn ja, welche:

03. Lebensumfeld und Wohnraumausstattung

Wohnlage

- Stadt - zentral Stadt - abgelegen Dorf Ländlich

Wohnsituation

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.:

- unter 15 min. unter 30 min. mehr als 30 min.

Anmerkungen:

Zusätzliche Ausstattung des Zimmers (Bett und Kleiderschrank sind Voraussetzung)

- eigenes Bad TV Internet/WLAN

Anmerkungen:

Telefonnutzung durch die Betreuungskraft

- bis zu 10,- € / Monat countryflat (ca. 5,- € / Monat)

andere Möglichkeiten / Anmerkungen:

04. Hauswirtschaftliche Aufgaben und Erwartungen

Haushaltshilfe

Gibt es eine Haushaltshilfe?

- nein ja; wie oft kommt diese zum Einsatz:

Aufgaben

Welche Aufgaben sollen erbracht werden?

- | | | | |
|---------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Einkaufen | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> nie |
| Kochen | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> nie |
| Wäschewaschen | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> nie |
| Bügeln | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> nie |
| Putzen | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> nie |
| Begleitung zum Arzt | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> nie |

Haustierversorgung

Haustiere keine ja; welche? Größe?

Sollen die Haustiere versorgt werden ja nach Bedarf nein

Gibt es im Haushalt weiteren Hilfebedarf? (kurze Beschreibung, max. 400 Zeichen)

05. Individuelle Vorgaben und Wünsche an Ihre persönliche Betreuungskraft

Nationalität	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> Spezieller Wunsch:	<input type="text"/>	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	
Alter (in Jahren)	<input type="checkbox"/> keine Präferenz			
	<input type="checkbox"/> 20-30	<input type="checkbox"/> 30-40	<input type="checkbox"/> 40-50	<input type="checkbox"/> >50
Sprachkenntnisse	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> Geringe	<input type="checkbox"/> Mittlere	<input type="checkbox"/> Gute
Führerschein	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit Fahrpraxis	
Raucher/in	<input type="checkbox"/> keine Präferenz (geraucht wird ausschließlich außerhalb der Wohnraums)			
	<input type="checkbox"/> nein (Rauchen ist unerwünscht)			
	(Handelt es sich um einen Raucherhaushalt?)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein)

Welche Erwartungen und Vorstellungen haben Sie an Ihre Betreuungskraft?

(kurze Beschreibung, max. 800 Zeichen)

Datenschutz

Wir respektieren und schützen Ihre Privatsphäre. Sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen, werden personenbezogene Daten bei gegebener Inaktivität von uns gelöscht.

Bestätigung

- Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen persönlichen Daten zur Kontaktperson bzw. zum Hilfsbedürftigen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ich versichere zur Angabe und Weiterleitung der hier genannten Daten befugt zu sein.
- Ich bestätige, dass die zuvor genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift / Signatur