

Ihr Ansprechpartner für Rückfragen

Ansprechpartner: Rückfragen unter:

Fragebogen zur Bedarfsanalyse

Persönliche Angaben

Beginn der Leistung: Fixtermin circa-Angabe

Angaben zur betreuenden Person

Vorname Straße Nachname

und Nr.

PLZ Ort

Telefonnummer Mobilnummer

Geburtsdatum

Größe (cm) Gewicht (kg)

Lebt die zu betreuende Person alleine? ja nein

Mit wem lebt die zu betreuende Person zusammen?

Benötigt die zweite Person auch Unterstützung? ja nein
Wenn ja, bitte einen zweiten Bedarfsfragebogen ausfüllen.

Angaben zur Kontaktperson

Vorname Nachname

Straße und Nr.

PLZ Ort

Telefonnummer Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Beziehungsebene zur betreuenden Person?

Ehepartner/in Tochter/Sohn Enkel/in Gesetzl. Betreuer/in Andere

Fragen zu den gesundheitlichen Einschränkungen

Diagnosen

<input type="checkbox"/> Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> beginnende Demenz	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Demenz Alzheimer	<input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflichtig
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Parkinson Multiple	<input type="checkbox"/> chronische Durchfälle Tumor
<input type="checkbox"/> Hypertonie Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Sklerose	<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> sonstige Diagnosen			

Einschränkungen in der Kommunikation

Sprache	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive
Hörvermögen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive
Sehkraft	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Trägt eine Brille	<input type="checkbox"/> Hat ein Hörgerät	

Anmerkungen

Einschränkungen in der Orientierung

Zeitliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive
Örtliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive
Persönliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive
Situative	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive
Bewusstsein (Gedächtnis)	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive
Auswahl der Kleidung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive

Anmerkungen

Motorische Einschränkungen

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Hinlegen - Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinsetzen - Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Gehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer (Umsetzen) Lagern im Bett (Umdrehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen

Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Toilettensstuhl	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Patientenlifter	<input type="checkbox"/> Duschstuhl/-hocker	<input type="checkbox"/> Treppenlift
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Badewannenlifter	

Anmerkungen

Körperpflege

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Waschen am Waschbecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahn-/Protesenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intim pflege n. Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<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"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagel-/Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen Wie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

oft pro Woche?

Anmerkungen

Ausscheidungen

Harninkontinenz nein nein gelegentlich immer immer

Stuhlinkontinenz Windeln gelegentlich Urinflasche

Hilfsmittel Katheter Vorlagen Sonstige

suprapubischer Katheter

Anmerkungen

Nahrungsaufnahme

Probleme beim Essen ja nein

Kau-/ Schluckstörungen ja nein

Wenn ja, welche?

PEG-Sonde ja nein

Diätvorschriften ja nein

Wenn ja, welche Diäten?

Probleme beim Trinken ja nein

Trinkmenge normal braucht Anregung

Anmerkungen

Nachtruhe

Nachtruhe von ca. Uhr bis ca. Uhr

Schläft durch? ja nein

Wenn nein, steht wie häufig nachts auf? 1 Mal 2-3 Mal mehr als 3 Mal

Wenn nein, benötigt Unterstützung? ja nein

Werden Schlafmittel eingenommen? ja nein

Anmerkungen

Aktuelle Therapien

Befindet sich die zu betreuende Person in Therapie ja nein



Physiotherapie

Logopädie

Ergotherapie

Sonstige Therapien



Freizeit & Beschäftigung

Tagesgestaltung selbstständig unter Anleitung unselbstständig

Kann sich beschäftigen selbstständig unter Anleitung unselbstständig

Ehemalige berufliche Tätigkeit

Hobby- & Interessenbeschreibung

Außenaktivitäten

Tagesrhythmus bestimmende Tätigkeiten

Medikamenteneinnahme

Einnahme erfolgt selbstständig unter Aufsicht unselbstständig

Wesen und Charakter

Wie ist die zu betreuende Person vom Wesen und Charakter? (lieb, ruhig, aufgeschlossen, anspruchsvoll o.ä.)

Ansteckende Krankheiten

Sind ansteckende Krankheiten oder Keime wie z.B. MRSA bekannt? ja nein unbekannt

Welche Krankheiten oder Keime?

Fragen zum Betreuungs- und Pflegeumfang

Pflegebedarf

Welchen Pflegegrad hat die zu betreuende Person?

keine 1 2 3 4 5

Wurde eine Erst- oder Höherstufung beantragt?

keine 1 2 3 4 5

Soll ein Pflegedienst in Anspruch genommen werden? Wenn ja, welche Tätigkeiten soll der Pflegedienst erbringen?

ja nein

Wenn ja, wie oft?

Geht die zu betreuende Person in eine Tagespflege?

ja nein

Wenn ja, wie oft?

Werden sonstige Hilfsleistungen durch Dritte erbracht?

Bedarf an hauswirtschaftlicher Leistung

Gibt es eine zusätzliche Haushaltshilfe?

ja nein

Wenn ja, wie oft soll sie zum Einsatz kommen und in welchem Umfang?

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
Abwaschen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Wäsche waschen	<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

Welche weitere Hilfe wird im Haushalt benötigt?

Haustierversorgung

Sollen Haustiere mitversorgt werden?

ja

nein

nach Bedarf

Um welche Tiere handelt es sich?

Wohnsituation der zu betreuenden Person

Wohnlage

Stadt - zentral

Stadt - abgelegen

Dorf

ländlich

Wohnart

Einfamilienhaus

Mehrfamilienhaus

Wohnung

Sonstige

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.:

unter 15 min.

unter 30 min.

mehr als 30 min.

Anmerkungen

Zusätzliche Ausstattung des Zimmers (Bett und Kleiderschrank und Bad-Mitbenutzung sind vorausgesetzt)

eigenes Bad

TV

Internet/WLAN

Internet-Stick

Anmerkungen

Private Telefonnutzung der Betreuungskraft wird wie folgt gewährt

Festnetz (10 EUR/Monat)

Countryflat (ca. 5 EUR/Monat)

Betreuerhandy (10 EUR/Monat)

Anmerkungen

Anforderungen an die Betreuungskraft

Nationalität

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> keine Präferenz | <input type="checkbox"/> Polen | <input type="checkbox"/> Ungarn Bulgarien |
| <input type="checkbox"/> Rumänien | <input type="checkbox"/> Slowakei | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tschechien | <input type="checkbox"/> Kroatien | <input type="checkbox"/> Slowenien |

Geschlecht

- | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine Präferenz | <input type="checkbox"/> Frau | <input type="checkbox"/> Mann |
|--|-------------------------------|-------------------------------|

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"/> ja, mit Fahrpraxis | <input type="checkbox"/> nein |
|--|---|-------------------------------|

Wenn Auto vorhanden

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schaltgetriebe | <input type="checkbox"/> Automatikgetriebe |
|---|--|

Marke/Modell

Alter in Jahren

- | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine Präferenz | | |
| <input type="checkbox"/> Alterswunsch | <input type="checkbox"/> 20-30 | <input type="checkbox"/> 40-50 |
| | <input type="checkbox"/> 30-40 | <input type="checkbox"/> älter als 50 |

Raucher/in

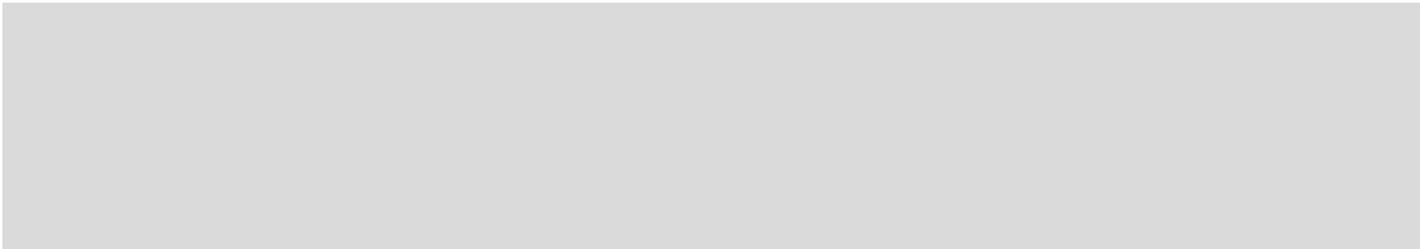
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine Präferenz (geraucht wird grundsätzlich im Außenbereich) | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein (Raucher nicht erwünscht) |

Wenn ja, handelt es sich um einen Raucherhaushalt?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Erwartungen

Welche Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?



Zum Schluss freuen wir uns auf einen Hinweis, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind?

Empfehlung durch

Arzt Pflegedienst Pflegeberatung Freunde / Bekannte

Name des Empfehlenden (wenn eine Empfehlung durch Arzt, Pflegedienst oder Pflegeberatung erfolgte)

Werbung

Internet Suchmaschine Zeitung Ratgeber

Radio Außenwerbung

Andere

Unterschrift

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die Firma Pflege mit Herz die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, einzusehen unter: <https://vermittlung-polnischer-pflegerinnen.de/datenschutz/>

Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der Pflege mit Herz kontaktiert zu werden.

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift/Signatur (Vor- und Nachname)