

# Bedarfsfragebogen



## I. Allgemeine Informationen

### Angaben zur Kontaktperson

Name:	Vorname:
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Mobil:
E-Mail:	

### Angaben zu betreuende Person

Person 1	Person 2
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geb.-Datum:	Geb.-Datum:
Gewicht/ Größe:	Gewicht/ Größe:
Verwandtschaftsgrad zur betreuenden Person:	

### Anschrift zu betreuende Person(en)

Straße/Nr.	
PLZ/Ort:	
Telefon:	Mobil:

# 1. Diagnosen / Krankheitsbilder

Person 1

zutreffendes bitte ankreuzen und Charaktereigenschaften ausfüllen!

- |   |  |                                      |   |
|---|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall   | <input type="checkbox"/> Osteoporose   | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung        |
| <input type="checkbox"/> Asthma   | <input type="checkbox"/> HIV           | <input type="checkbox"/> Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz           |
| <input type="checkbox"/> Parkinson  | <input type="checkbox"/> Allergien     | <input type="checkbox"/> Einsamkeit  | <input type="checkbox"/> Alzheimer                  |
| <input type="checkbox"/> Depression   | <input type="checkbox"/> Stoma         | <input type="checkbox"/> Rheuma      | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose          |
| <input type="checkbox"/> beginn. Demenz   | <input type="checkbox"/> Demenz        | <input type="checkbox"/> Krebs       | <input type="checkbox"/> Dekubitus                  |
| <input type="checkbox"/> chron. Durchfall                                       | <input type="checkbox"/> Dauerkatheder | <input type="checkbox"/> Diabetes    | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl.       |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörig  |  | <input type="checkbox"/> Diät        | <input type="checkbox"/> Kau- u. Schluckbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Orientierung: zeitlich/örtlich/situativ/Weglauftendenz |  |                                      | <input type="checkbox"/> Sonstige _____             |

charakterliche Eigenschaften: \_\_\_\_\_

# 2. Pflegegrad

- |                               |                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
|-------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> kein | Falls ja, welcher | <input type="checkbox"/> |
|                               | Beantragt:        | <input type="checkbox"/> |

# 3. Pflegedienst

Erfolgt eine Versorgung durch einen Pflegedienst?  ja  nein  
Pflegedienst: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Welche Tätigkeiten erbringt er? \_\_\_\_\_

Soll der Pflegedienst weiter genutzt werden?  ja  nein

# 4. Einschränkungen im Gesundheitszustand

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Sprache                                   | <input type="checkbox"/> keine           | <input type="checkbox"/> leichte           | <input type="checkbox"/> massive Probleme     |
| Hörvermögen                               | <input type="checkbox"/> keine           | <input type="checkbox"/> leichte           | <input type="checkbox"/> massive Probleme     |
| Sehkraft                                  | <input type="checkbox"/> keine           | <input type="checkbox"/> leichte           | <input type="checkbox"/> massive Probl./blind |
| Hörgerät                                  | <input type="checkbox"/> ja              | <input type="checkbox"/> nein              |   |
| Brille                                    | <input type="checkbox"/> ja              | <input type="checkbox"/> nein              |   |
| Bewegung                                  | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> bettlägerig          |
| Treppen                                   | <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"/> kein Transfer        |
| Geistiger Zustand                         | <input type="checkbox"/> klar            | <input type="checkbox"/> teilnahmslos      | <input type="checkbox"/> verwirrt             |
| Toilette <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> Teilinkontinenz | <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz   | <input type="checkbox"/> mit Hilfe            |
| Körperpflege                              | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe   |
| An-/Auskleiden                            | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe   |
| Essen/Trinken                             | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe   |

# 5. Ein- und Durchschlafen

uneingeschränkt  teilweise eingeschränkt  eingeschränkt

Wie oft steht der Patient nachts auf? \_\_\_\_\_ mal

Ist die Hilfe der Betreuungskraft erforderlich?  ja  nein  teilweise

## II. Anforderungen an das Personal u. Rahmenbedingungen

### Anforderungen an das Personal

- Geschlecht  Frau  Mann  
Alter  20-30  30-40  40-50  50-60  
Sprachkenntnisse  sehr gut  gut  mittel  geringe  
Führerschein  ja  nein  egal  
Raucher  ja  nein  nur draußen  
Kategorie  Hausfrau  Betreuerin  evtl. Krankenschwester  
mit Pflegeerfahrung

### Rahmenbedingungen

- Wohnort  Stadt  Gemeinde  Dorf  
Lage  zentral  zentrumsnah  ländlich  
Entfernung zum Einkauf zu Fuß  15 Min.  30 Min.  länger  
Wohnen  Einfamilienhaus Größe qm \_\_\_\_\_  Wohnung Größe qm \_\_\_\_\_  Garten

### Ausstattung des Zimmers für die/den Betreuer/in

- Größe des Zimmers \_\_\_\_\_  Bett  Tisch  Schrank  Radio  
 TV  Internet  W-Lan  Telefon/Flat  eigenes Bad  
 Mitbenutzung Bad  Mitbenutzung Küche

### Bemerkungen \_\_\_\_\_

## III. Aufgabenprofil der Betreuungskraft

### Grundversorgung

- Körperhygiene  Inkontinenzversorgung  Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

### Aktivierende Versorgung

- An- und Auskleiden  Hilfestellung beim Bewegungsablauf  Lagern im Bett

### Hauswirtschaftliche Versorgung

- Kochen  Waschen/Bügeln  Reinigung der Wohnung  
 Einkaufen  Zimmerpflanzenpflege  Haustierversorgung  Sonstiges  
Gibt es eine Haushaltshilfe?  ja  nein

### Gesellschaft leisten/Freizeitgestaltung

- Unterhalten/zuhören  Spazieren gehen  Gesellschaftsspiele/Fernsehabend  
 Ausflüge  Vorlesen  Musizieren/Singen

## IV. Weitere Anmerkungen

Wann soll die Betreuung beginnen? \_\_\_\_\_

Geplante Einsatzdauer (ca.-Angabe) \_\_\_\_\_

Wer wird der Vertragspartner?  Kontaktperson  Patient

Kommen Angehörige zu Besuch? \_\_\_\_\_ Wie häufig? \_\_\_\_\_

Wohnen Angehörige in der Nähe? wenn ja, wo \_\_\_\_\_

Gibt es Unterstützung im Haushalt? (Putzhilfe, Gärtner) \_\_\_\_\_

Wer übernimmt die Betreuung, wenn die Betreuerin frei hat?  
\_\_\_\_\_

Wen kann die Betreuerin im Notfall kontaktieren?

Name:

Telefon  
Beruflich:

Telefon  
Privat:

Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben nach bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort/Datum

Dieser Fragebogen wird Bestandteil des Dienstleistungsvertrages mit dem Partner-Unternehmen. Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Der Vermittler verpflichtet sich zur Einhaltung der Vorschriften des Datenschutzgesetzes (§§ 27 ff. BDSG)

### Rechtliche Angaben

Es liegt eine Patientenverfügung vor  ja  nein  
es liegt eine Vorsorgevollmacht vor  ja  nein