

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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beantragt: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 - 3 -

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