



Bedarfsfragebogen

Persönliche Angaben

Angaben zur Kontaktperson :

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person und der Kontaktperson:

Angaben zur betreuenden Person:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Größe und Gewicht: _____

Fragen zu gesundheitlichen Einschränkungen

Krankheiten:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>altersbedingte Gehschwäche</i> | <input type="checkbox"/> <i>Asthma</i> | <input type="checkbox"/> <i>Osteoporose</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Schlaganfall</i> | <input type="checkbox"/> <i>Diabetes</i> | <input type="checkbox"/> <i>Dekubitus</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Herzrhythmusstörung</i> | <input type="checkbox"/> <i>Herzinsuffizienz</i> | <input type="checkbox"/> <i>Hypertonie</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Rheuma</i> | <input type="checkbox"/> <i>Parkinson</i> | <input type="checkbox"/> <i>MS</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chronische Durchfälle</i> | <input type="checkbox"/> <i>Stoma</i> | <input type="checkbox"/> <i>Tumor</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Depression</i> | <input type="checkbox"/> <i>Inkontinenz</i> | <input type="checkbox"/> <i>Demenz</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Allergien</i> | | |
| <input type="checkbox"/> <i>sonstige bekannte Krankheiten:</i> | | |
-
-

Probleme in der Kommunikation:

- | | | | |
|---------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|
| <i>Sprache:</i> | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| <i>Hörvermögen:</i> | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| <i>Sehkraft:</i> | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme |

Probleme in der Orientierung

- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| <i>Zeitlich:</i> | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme | | |
| <i>Örtlich:</i> | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme | | |
| <i>Persönlich:</i> | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme | | |
| <i>Geistiger Zustand:</i> | <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> apathisch | <input type="checkbox"/> teilnahmslos | <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> aggressiv |

Mobilität:

- uneingeschränkt* *leicht gehbehindert* *benutzt Rollator*
 benutzt überwiegend Rollstuhl *bettlägerig*

Treppensteigen:

- selbstständig* *mit Unterstützung* *nicht möglich*
 Treppenlift

Transfer Bett - Rollstuhl:

- selbstständig* *mit Unterstützung*
 nicht möglich, bettlägerig / kein Transfer

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

- Pflegebett* *Rollstuhl* *Rollator* *Personenlift*
 Badewannenlift *Dekubitusmatratze* *Gehstock*
-

Motorische Einschränkungen :

	selbständig	braucht Unterstützung	unselbständig
<i>Hinlegen-Aufstehen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hinsetzen-Aufstehen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Stehen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Gehen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Transfer (Umsetzen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Lagern im Bett (umdrehen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körperpflege:

	selbständig	braucht Unterstützung	unselbständig
<i>Waschen am Waschbecken</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Waschen im Bett</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Mund-/Zahn-/Prothesenpflege</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Intimpflege</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Haarpflege</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Baden/Duschen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Urinkontrolle:

kontrolliert teilweise inkontinent inkontinent

Stuhlkontrolle:

kontrolliert teilweise inkontinent inkontinent

Hilfsmittel:

Einlagen Windeln Urinflasche
 Katheter

Nahrungsaufnahme

<i>Probleme beim Essen</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kau- und Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> sporadische Störungen
<i>PEG-Sonde</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Diätvorschriften</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Probleme beim Trinken</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nachtruhe

von ca.Uhr bis ca.Uhr

Schläft durch?

ja nein

Wenn nein, steht wie häufig nachts auf?

1 mal 2 mal-3 mal mehr als 3 mal

Wenn nein, benötigt Unterstützung?

ja nein

Werden Schlafmittel eingenommen?

ja nein

Benötigt die zu betreuende Person Hilfe in der Nacht? ja nein

Medikamenteneinnahme

selbständig

unter Aufsicht

unselbständig

Beschreiben Sie bitte kurz das Wesen und den Charakter der zu betreuenden Person:

Aktuelle Therapien:

keine Krankengymnastik Logopädie sonstige _____

Fragen zum Betreuungs- und Pflegeumfang

Pflegebedarf :

Welchen Pflegegrad hat die zu betreuende Person?

- 1 2 3 4 5

Wurde eine Erst- oder Höherstufung beantragt?

- 1 2 3 4 5

Wird ein Pflegedienst in Anspruch genommen?

- ja nein

Wenn ja, welche Tätigkeiten soll der Pflegedienst erbringen?

Geht die zu betreuende Person in eine Tagespflege?

- ja , wie oft? nein

Bedarf an hauswirtschaftlicher Leistung

Einkaufen immer ab und zu nie

Kochen immer ab und zu nie

Wäsche waschen immer ab und zu nie

Putzen immer ab und zu nie

Bügeln immer ab und zu nie

Begleitung zum Arzt immer ab und zu nie

Kochen / Essen vorbereiten für _____ Personen ?

Gibt es eine zusätzliche Haushaltshilfe? ja nein

Sollen Haustiere mitversorgt werden? ja nein

Wohnsituation der zu betreuenden Person

Lage:

- Großstadt- zentral Großstadt- abgelegen Kleinstadt Dorf

Wohnsituation:

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Wie groß ist die Wohnfläche ?

Leben weitere Personen im Haushalt z.B. Ehemann/Ehefrau, Angehörige?

- ja nein

Muss eine dieser Personen ebenfalls betreut werden? (wenn ja, bitte zweiten Fragebogen ausfüllen)

- ja nein

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

- ca. 10 min. ca. 20 min. ca.40 min nur mit dem Auto zu erreichen

Steht ein Fahrrad zu Verfügung?

- ja nein

Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht keine Präferenz Frau Mann

Sprachkenntnisse kommunikativ mittlere gute

Führerschein keine Präferenz unwichtig ja, mit Fahrpraxis

Wenn Auto vorhanden Schaltgetriebe Automatikgetriebe

Gewünschte Altersklasse keine Präferenz 30-40 Jahre 40-50 Jahre
 älter als 50 Jahre

Ausstattung des eigenen Zimmers für das Betreuungspersonal:

- eigenes Bad Bett Tisch Schrank TV
- Internetzugang (wenn nicht, wird freigeschaltet? ja nein)
- CuntryFlat1 – kostenlose Telefonate nach Polen (wenn nicht, wird freigeschaltet? ja nein)

Freizeitreglung:

- 2 zusammenhängende freie Stunden pro Tag, oder alternativ 1 Tag pro Woche

Geplanter Beginn des Einsatzes _____

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

- Internet
- Flyer
- Anzeige in der Zeitung
- Arzt, wenn ja wer ?
- Bekannte / Freunde
- Beratungsstelle, wenn ja welche?
- Pflegedienst, wenn ja welcher?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift