

Bedarfsfragebogen

1. Angaben zur Kontaktperson

Vorname / Name

Straße & Hausnr.

PLZ & Ort

Telefonnummer (privat)

Telefonnummer (geschäftl.)

Mobil-Nummer

E-Mail Adresse

Verwandtschaftsgrad

(zwischen der zu betreuenden Person und der Kontaktperson)

2. Angaben der zu betreuenden Person

weiblich

männlich

Vorname / Name

Straße & Hausnr.

PLZ & Ort

Telefonnummer

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

3. Fragen zu gesundheitlichen Einschränkungen

Körperliche Diagnosen:

Neurologische und psychische Diagnosen:

Ansteckende Krankheiten:

Probleme in der Kommunikation und Wahrnehmung:

Sprache:	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	erhebliche Probleme	<input type="checkbox"/>
Hörvermögen:	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	erhebliche Probleme	<input type="checkbox"/>
Wird ein Hörgerät benutzt?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		
Sehkraft:	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	erhebliche Probleme	<input type="checkbox"/>
Wird eine Brille benutzt?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		

Probleme in der Orientierung:

Zeitliche:	keine	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>	erhebliche Probleme	<input type="checkbox"/>
Örtliche:	keine	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>	erhebliche Probleme	<input type="checkbox"/>
Persönliche:	keine	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>	erhebliche Probleme	<input type="checkbox"/>

Pflegestufe:

Keine	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
Beantragt:		0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
Krankenkasse:				privat	<input type="checkbox"/>	gesetzlich	<input type="checkbox"/>		

Pflegedienst:

Erfolgt die Versorgung zurzeit durch einen Pflegedienst?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Falls ja, welche Tätigkeiten soll der Pflegedienst erbringen und wie oft?

Tagespflege:

Geht die zu betreuende Person in eine Tagespflege?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
--	----	--------------------------	------	--------------------------

Falls ja, welche Tätigkeiten soll der Pflegedienst erbringen und wie oft?

Motorische Einschränkungen:

Bewegung: selbstständig mit Unterstützung bettlägerig

Hilfsmittel:

Treppensteigen: selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Hilfsmittel:

Transfer Bett - Rollstuhl: Selbstständig hilft mit vollständig hilfsbedürftig bettlägerig

Hilfsmittel:

Baden / Duschen: selbstständig mit Unterstützung vollständig hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

An-/ Auskleiden: selbstständig mit Unterstützung vollständig hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

Körperpflege:

Gesicht: Selbstständig hilft mit vollständig hilfsbedürftig bettlägerig

Mundpflege: Selbstständig hilft mit vollständig hilfsbedürftig bettlägerig

Oberkörper: Selbstständig hilft mit vollständig hilfsbedürftig bettlägerig

Gesäß / Beine: Selbstständig hilft mit vollständig hilfsbedürftig bettlägerig

Intimpflege: Selbstständig hilft mit vollständig hilfsbedürftig bettlägerig

Haarpflege: Selbstständig hilft mit vollständig hilfsbedürftig bettlägerig

Rasieren: Selbstständig hilft mit vollständig hilfsbedürftig bettlägerig

Fußpflege: Selbstständig hilft mit vollständig hilfsbedürftig bettlägerig

Inkontinenz:

Urinkontrolle: kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

Stuhlkontrolle: kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

Nahrungsaufnahme:

Essen: selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Trinken: selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Kau- und Schluckstörungen: keine Störungen PEG Sonde Nahrungs-karenz Trink-karenz

Diät: Nein Ja wenn ja, welche...

Einschlaf-/ Durchschlafstörungen:

Einschlafen: keine Probleme Probleme

Durchschlafen: keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-wach-Rhythmus gestört

Wie oft steht der Patient nachts auf? 1mal 1-2mal 3mal und häufiger

Bekommt der Patient Schlafmittel? ja nein

Aktuelle Therapien:

keine Physiotherapie Logopädie Ergotherapie Psychotherapie

Sonstige:

4. Fragen zum Charakter und Wesen der zu betreuenden Person:

Bitte beschreiben Sie in 3-5 Sätzen den Charakter und das Wesen des Patienten:

Welche Hobbies hat die zu betreuende Person? Was macht sie besonders gern?

5. Fragen zu den Wohnverhältnissen

Wohnlage:

Großstadt zentral Großstadt dezentral Kleinstadt Dorf Ländlich

Wohnsituation:

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung Sonstige:

Im Haushalt wohnen insgesamt Personen.

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß erreichbar):

ca. 10 min. ca. 20 min. mehr als 30 min. Sonstige:

Zimmerausstattung für die Betreuungskraft:

eigenes Bad TV Internet/WLAN Weiteres:

6. Fragen zur Betreuung und den hauswirtschaftlichen Aufgaben

Gibt es eine Haushaltshilfe? nein wenn ja, wie oft...

Welche Aufgaben sollen erfüllt werden?

Einkaufen:	immer <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Kochen:	immer <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Wäschewaschen:	immer <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Bügeln:	immer <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

Putzen:	immer	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
Begleitung bei Arztbesuchen:	immer	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
Gartenpflege:	immer	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>

Welche hauswirtschaftlichen Aufgaben werden darüber hinaus benötigt?

Haustiere:

Leben Haustiere im Haushalt? nein wenn ja, welche...

Sollen die Haustiere mitversorgt werden? ja nein nach Bedarf

7. Anforderungen an das Betreuungspersonal

Geschlecht: Frau Mann Keine Präferenz

Alter (in Jahren):

Keine Präferenz 20-30 30-40 40-50 älter als 50

Sprachkenntnisse: Keine Präferenz Grundkenntnisse Gute Sprachkenntnisse

Führerschein: Keine Präferenz ja nein

Raucher/in: Keine Präferenz ja nein

Welche weiteren Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

Die Betreuungsübernahme soll nach Möglichkeit ab dem erfolgen.

Hiermit bestätige ich, dass der Bedarfsfragebogen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet wurde.

Unser höchster Anspruch liegt in der Auswahl von Betreuungspersonal, das mit der zu betreuenden Person harmoniert und Ihren Anforderungen gerecht wird. Wir können leider nicht 100%ig gewährleisten, dass das von uns liebevoll ausgewählte Betreuungspersonal vollkommen zu Ihnen passen wird, denn häufig ist auch der Sympathiefaktor für eine gelungene Zusammenarbeit mitentscheidend. Bitte informieren Sie uns umgehend, wenn das Betreuungspersonal nicht Ihren Vorstellungen entsprechen sollte.

(Ort, Datum

Unterschrift)

Umfrage

Diese Umfrage dient ausschließlich internen Zwecken unseres Unternehmens.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Arztpraxis

Krankenhaus

Freunde oder Bekannte

Zeitung

Internet

Weiterempfehlung durch:

Sonstiges:

Vielen Dank.