

# Fragebogen zur Bedarfsermittlung

## I. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

**Geschlecht**     Frau  Mann

**Geburtsjahr:** .....

**Postleitzahl:** .....

**Voraussichtlicher Betreuungsbeginn:** .....

**Betreuungsdauer:**     langfristig     1 Monat     bis zu 3 Monaten

**Gewicht:** .....                      **Größe:** .....

**Raucher /in**     Nein  Ja

**Pflegegrad**     Nein  Ja    *Wenn ja,*                       0     1     2     3     4     5

Ist ein Pflegedienst beauftragt?                       Ja                       Nein

Pflegedienst soll weiterhin kommen?                       Ja                       Nein

*Wenn ja, wie oft und wofür?* .....

### Gesundheitsbild:

Hat der Patient Schlaganfall erlitten?                       Ja     Nein

*Wenn ja, welche sind die Folgeerscheinungen?* .....

Liegt eine Demenz bei der zu betreuende Person vor?                       Ja     Nein

*Wenn ja, welches Stadium?* .....

Fremd-/ Eigengefährdung?                       Ja     Nein

Liegen sonstige Erkrankungen vor?

Allergien     Asthma     Altersschwäche     Alzheimer     Bluthochdruck     Dekubitus

Diabetes     Depression     Herzkrank.     Lähmung     MS Patient     Osteoporose

Parkinson     Rheuma     Tumor     Krebs

Harninkontinenz     Stuhlinkontinenz     Dauerkatheter     künstlicher Darmausgang

Andere Erkrankungen? .....

### Problemen in der Kommunikation:

Sprache                       keine                       mäßige                       massive

Hörvermögen                       keine                       mäßige                       massive

Sehkraft                       keine                       mäßige                       massive

### Orientierungsproblemen:

Zeitlich                       keine                       mäßige                       massive

Örtlich                       keine                       mäßige                       massive

Persönlich                       keine                       mäßige                       massive

### Mobilität:

selbständig     Gehstock     Krücke     Rollator     Rollstuhl

überwiegend im Rollstuhl     Patient ist meistens im Bett     Patient bettlägerig

Kann die Person das Bett ohne Hilfe verlassen?  Ja     Nein

*Wenn nein, dann braucht*                       Anleitung                       komplette Unterstützung

Vorhandene Hilfsmittel:                       Pflegebett     Bettlift                       Drehscheibe (Aufstehhilfe)

Toilettenstuhl     Treppenlift                       Badewannenlift/Duschlift

Kann die Toilette selbständig aufgesucht werden?                       Ja     Nein

## PFLEGE ZU HAUSE 24 STUNDEN

# Fragebogen zur Bedarfsermittlung

## Körperhygiene:

- Benötigt die zu betreuende Person Hilfe bei der Körperpflege?  Ja  Nein  
Sind Hilfestellungen beim Baden und Duschen notwendig?  Ja  Nein  
Müssen Windeln oder Einlagen gewechselt werden?  Ja  Nein

## Essen/Trinken

- selbständig  braucht Hilfe  komplette Unterstützung

**Kau- u. Schluckstörungen**  PEG Sonde  Nahrungskarenz  Trinkkarenz

**Diät:**  keine  wenn ja, welche.....

## Ein- und Durchschlafen

- keine Probleme  sporadisch  Schlaf-/ Wachrythmus gestört

Wenn ja, wie oft steht der Patient in der Nacht auf?  1Mal  2-3Mal  mehr als 3Mal

Wenn ja, welche Hilfe braucht der Patient? (z. Bsp. bei Toilettengang) .....

## Beschreibung der Person

Bitte eine kurze Beschreibung der zu betreuenden Person, hinsichtlich der Charaktereigenschaften, das Hobby oder eventuellen Abneigungen bei:

Ich versichere, dass die Angaben zur betreuungsbedürftigen Person/-en vollständig und richtig sind.

Unvollständige oder unrichtige Angaben können zu Mehrkosten oder Vertragskündigung führen.

Sollte sich der Gesundheitszustand der betreuungsbedürftigen Person verschlechtern, der Betreuungsaufwand (z Bsp. Nachteinsätze) sich erhöhen oder die Einstufung in einem höheren Pflegegrad erfolgen, verpflichte ich mich umgehend die Angaben zu aktualisieren und dem Vermittler bzw. dem Dienstleister die aktualisierten Angaben mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

## PFLEGE ZU HAUSE 24 STUNDEN

# Fragebogen zur Bedarfsermittlung

## I. Erwartungen an die Qualifikation der Betreuungskraft

### Die Betreuungskraft

Gewünschte Qualifikation:  keine Erfahrung erforderlich  erfahrene Betreuerin  ausgebildete Fachkraft

Verfügbare Deutschkenntnisse:  Grundkenntnisse (Note 4-5)  mittlere DK (Note 3)  gute DK (Note 1-2)

Ist die Kommunikation auch in einer anderen Sprache möglich?  Nein  Ja, auf.....

Bevorzugte Altersgruppe:  Nein  Ja, zwischen.....

Würde auch ein männlicher Pfleger in Frage kommen?  Ja  Nein

Sollte die Betreuungskraft einen PKW-Führerschein besitzen?  Ja  Nein  Wäre gut, nicht zwingend notwendig

Ist das Rauchen außerhalb des Hauses gestattet?  Ja  Nein

### Welche Erwartungen und Vorstellungen haben Sie an die Betreuungskraft?

## II. Die Stelle

Die zu betreuende Person lebt in einer/einem:  Wohnung  Haus in  Stadt  Kleinstadt  Dorf

Haustier:.....

Das Zimmer der Betreuungsperson hat folgende Ausstattung:

Internet  Bett  Schrank  Tisch  Radio  TV  eigenes Bad  Balkon

Darf die Betreuungsperson ins Ausland telefonieren?  Ja, mit Billigvorwahl  Ja, mit Ausland Flatrate  Nein

## III. Weitere Person/en im Haushalt

Befindet sich eine weitere Person im Haushalt?  Ja  Nein

Wenn ja, benötigt diese Person auch Unterstützung im Haushalt?  Ja  Nein

Wenn ja, benötigt diese Person auch Pflege und Betreuung?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte noch einmal Punkt I. **Angabe zum Patienten/-in** ausfüllen

**Dieser Fragebogen dient zur Bedarfsermittlung und wird, als Leistungsbeschreibung, Bestandteil eines voraussichtlich zukünftigen Dienstleistungsvertrags. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens, gehen Sie keinerlei Verpflichtungen ein, es entstehen auch keine Kosten für Sie.**

**Ich stimme zu, dass meine Angaben und Daten zur Bearbeitung meiner Anfrage elektronisch erhoben und gespeichert, sowie an Kooperationspartnern von Pflege zu Hause 24 Stunden, zwecks Auftragsbearbeitung, weitergeleitet werden.**

**Hinweis: Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an [kontakt@pflegezuhaeuse24stunden.de](mailto:kontakt@pflegezuhaeuse24stunden.de) widerrufen.**

Ort Datum Unterschrift

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Empfehlung.....  Internet  
 Flyer  Zeitung  sonstige

### PFLEGE ZU HAUSE 24 STUNDEN