

Bedarfsfragebogen

Seite 1 von 3



JAN SCHWEITZER
PFLEGE 24

Bitte füllen Sie den Fragebogen unbedingt wahrheitsgemäß aus.

Zum Ausfüllen,
herunterladen!

Persönliche Daten unserer Kontaktperson:		
Anrede: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Titel: <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> Dr.		
Name:	Vorname:	
Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon:	Mobil:	E-Mail:
Beziehung bzw. Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person:		

Wer braucht Hilfe:		
Bei mehreren pflegebedürftigen Personen bitte für jede ein separates Formular ausfüllen.		
Anrede: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Titel: <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> Dr.		
Name:	Vorname:	
Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon:	Mobil:	
Geburtsdatum:	Größe:	Gewicht:

Welcher Pflegegrad liegt vor?
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Welche Krankheiten/Einschränkungen liegen vor?		
<input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> leichte Demenz <input type="checkbox"/> mittlere Demenz <input type="checkbox"/> schwere Demenz	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gehschwäche <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang <input type="checkbox"/> Makula-Degeneration <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Schlaganfall
Sonstige:		

Wie mobil ist die pflegebedürftige Person aktuell?
<input type="checkbox"/> Kann sich eigenständig, ohne Hilfe fortbewegen <input type="checkbox"/> Kann mit Hilfe gehen <input type="checkbox"/> Geht mit Rollator/Gehstock <input type="checkbox"/> Benutzt einen Rollstuhl <input type="checkbox"/> Überwiegend bettlägerig <input type="checkbox"/> Komplette bettlägerig

Benötigt die Pflegeperson Hilfe beim Aufstehen?	
<input type="checkbox"/> Kann ohne Hilfe aufstehen <input type="checkbox"/> Braucht teilweise Unterstützung beim Aufstehen <input type="checkbox"/> Braucht leichte Unterstützung beim Aufstehen <input type="checkbox"/> Ist komplett hilfsbedürftig	Ergänzungen:

Ihre ganz persönliche Pflegeagentur

Welche Hilfsmittel stehen zur Verfügung?	
<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Badewannenlift <input type="checkbox"/> Duschstuhl	<input type="checkbox"/> Patientenlifter <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> Sehhilfen
Sonstige:	

Liegt eine Inkontinenz vor?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Sonstiges:

Welche Hilfsmittel werden hierfür verwendet?	
<input type="checkbox"/> Blasenkatheter <input type="checkbox"/> Einlagen <input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Windeln
Sonstige:	

Ist eine Sozialstation/Nachbarschaftshilfe o. Ä. beauftragt?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Sonstige:

Welche Aufgaben der Grundpflege soll die Betreuungskraft übernehmen?		
<input type="checkbox"/> Anziehen <input type="checkbox"/> Ausziehen <input type="checkbox"/> Baden <input type="checkbox"/> Duschen	<input type="checkbox"/> Eincremen <input type="checkbox"/> Fußpflege <input type="checkbox"/> Handpflege	<input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung <input type="checkbox"/> Intimpflege <input type="checkbox"/> Kämmen <input type="checkbox"/> Rasieren
Sonstiges:		

Braucht die pflegebedürftige Person nachts Unterstützung?
<input type="checkbox"/> Keine Unterstützung erforderlich <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> 1x pro Nacht <input type="checkbox"/> 2-3x pro Nacht <input type="checkbox"/> Öfter als 3x pro Nacht

Wie viele Personen leben im Haushalt?	Wie viele Personen sind pflegebedürftig?
<input type="checkbox"/> Nur die pflegebedürftige Person <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ____

Welche Leidenschaften und Hobbys hat die pflegebedürftige Person? (bspw. spazieren gehen, Gesellschaftsspiele, Garten etc.)

Ihre Anforderungen an die Betreuungskraft:

Welches Geschlecht soll die Betreuungskraft haben?

- Männlich Weiblich Egal

Soll die Betreuungskraft einen Führerschein besitzen?

- Ja Nein Egal

Darf die Betreuungskraft draußen rauchen?

- Ja Nein Ungern Egal

Welche Aufgaben soll die Betreuungskraft übernehmen?

- | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Begleitung zu Terminen
(Arztbesuch, Friseurbesuch etc.) | <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Gemeinsam Spiele spielen | <input type="checkbox"/> Ansprechpartner/in sein | <input type="checkbox"/> Reinigungsarbeiten | |
| <input type="checkbox"/> Die Pflegeperson mobilisieren
und motivieren | <input type="checkbox"/> Gesellschaft leisten | <input type="checkbox"/> Leichte Gartenarbeiten
(z. B. Blumen gießen) | |
| <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Ausflüge unternehmen | <input type="checkbox"/> Tiere versorgen | |
| | <input type="checkbox"/> Auto fahren | | |

Wie ist das Zimmer der Betreuungskraft ausgestattet?

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> Eigenes Bad | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Balkon | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Couch/Sofa | <input type="checkbox"/> Gemeinschafts-
badezimmer | <input type="checkbox"/> WLAN | <input type="checkbox"/> Tisch | |
| | | <input type="checkbox"/> Fernseher | <input type="checkbox"/> Kleiderschrank | |

Über welche Deutschkenntnisse soll die Betreuungskraft verfügen?

- Geringe Deutschkenntnisse Mittlere Deutschkenntnisse
 Gute Deutschkenntnisse Sehr gute Deutschkenntnisse

Wann soll die Betreuungskraft anreisen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Anzeige | <input type="checkbox"/> Sonstige: |
| <input type="checkbox"/> Private Empfehlung | <input type="checkbox"/> Social Media (Youtube, Facebook etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Flyer | <input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtung | |

Was sollten wir noch wissen?