Betreuung &Pflege zu Hause
Weinstr.25
74235 Erlenbach
Tel.:07132 - 9999 250
info@pflegexxl.de

Fragebogen

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden dieses per Post, oder per E-Mail an unsere Agentur zurück.
Für offene Fragen stehen wir Ihnen gerne zu Verfügung.

Bedarfsfragebogen

Angaben zur zu betreuenden Person

Beginn der Leistung

Vorname	
Nachname	
Straße und Hausnummer	
(PLZ)	
Ort	
Telefonnummer	
Telefonnummer(Mobil)	
Geburtsdatum	
Gewicht	
Größe	

Lebt die zu betreuende Person alleine? ja ☐ nein ☐

Wenn nein: Wer ist der Mitbewohner

Wenn nein:Ist der Mitbewohner auch hilfsbedürftig? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, bitte einen zweiten Bedarfsfragebogen ausfüllen.

Angaben zur Kontaktperson

Vorname

Nachname

Straße und Hausnummer

(PLZ)

Ort

Telefonnummer

Telefonnummer (Mobil)

E-Mail-Adresse

Beziehungsebene zur betreuenden Person?

Ehepartner/in ☐ Gesetzl. Betreuer/in ☐ Tochter/Sohn ☐

Andere ☐ Enkelin ☐

Fragen zu den gesundheitlichen Einschränkungen

Diagnosen

Gehschwache ☐ Schlaganfall ☐ Herzrhythmusstörung ☐ Asthma ☐ Osteoporose ☐

Rheuma ☐ beginnende Demenz ☐ Demenz ☐ Alzheimer ☐ Diabetes ☐

Diabetes insulinpflichtig ☐ Allergien ☐ Herzinsuffizienz ☐ Dekubitus ☐

Depression ☐ chronische Durchfalle ☐ Hypertonielnkontinenz ☐ Parkinson ☐

Tumor ☐ Herzinfarkt ☐ Stoma ☐ Multiple Sklerose ☐ COPD ☐

Sonstige Diagnosen

Probleme in der Kommunikation

Sprache	keine ☐	mäßige ☐	massive ☐
Hörvermögen	keine ☐	mäßige ☐	massive ☐
Sehkraft	keine ☐	mäßige ☐	massive ☐
Hilfsmittel	Hörgerät ☐	Brille ☐	

Anmerkungen

Probleme in der Orientierung

Zeitliche	keine	mäßige	massive
Örtliche	keine	mäßige	massive
Persönliche	keine	mäßige	massive
Situative	keine	mäßige	massive
Bewusstsein (Gedächtnis)	keine	mäßige	massive
Auswahl der Kleidung	keine	mäßige	massive

Anmerkungen

Motorische Einschränkungen

Hinlegen - Aufstehen	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Hinsetzen - Aufstehen Stehen	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Gehen	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Umgang mit Gehhilfen	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Umgang mit Rollstuhl	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Transfer (Umsetzen)	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Lagern im Bett (Umdrehen)	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig

Anmerkungen

Hilfsmittel

Gehstock Dekubitusmatratze Rollator Toilettensitzerhöhung Pflegebett

Patientenlifter Duschstuhl/-Hocker Treppenlift Rollstuhl Badewannenlifter

Anmerkungen

Körperpflege

Waschen am Waschbecken	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Waschen im Bett	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Mund-/Zahn-/Prothesenpflege	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Intimpflege / Ausscheidung	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Haarpflege	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Rasieren	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Hautpflege	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Nägel-/Fußpflege	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Baden/Duschen	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig

Wie oft pro Woche?

Anmerkungen

Ausscheidungen

Harninkontinenz nein nein gelegentlich immer immer

Stuhlinkontinenz Windeln gelegentlich Vorlagen

Hilfsmittel Urinflasche Katheter suprapubischer Katheter

Sonstige

Anmerkungen

Nahrungsaufnahme

Probleme beim Essen ja nein

Kau-/ Schluckstörungen ja nein

Wenn ja,welche?

PEG-Sonde ja nein

Diätvorschriften ja nein

Wenn ja,welche?

Probleme beim Trinken ja nein

Trinkmenge normal braucht Anregung

Anmerkungen

Nachtruhe

Nachtruhe von ca. (Uhr) bis ca. (Uhr)

Schläft durch? ja nein

Wenn nein, steht wie häufig nachts auf? 1 Mal 2-3 Mal mehr als 3 Mal

Wenn nein, benötigt Unterstützung? ja nein

Werden Schlafmittel eingenommen? ja nein

Anmerkungen

Aktuelle Therapien

Befindet sich die zu betreuende Person in Therapie ja ☐ nein ☐ Physiotherapie ☐ Logopädie ☐ Ergotherapie ☐

Sonstige Therapien

Freizeit & Beschäftigung

Tagesgestaltung selbstständig ☐ unter Anleitung ☐ unselbständig ☐

Kann sich beschäftigen selbstständig ☐ unter Anleitung ☐ unselbständig ☐

Ehemalige berufliche Tätigkeit

Hobby- & Interessen Beschreibung

Außenaktivitäten

Tagesrhythmus bestimmende Tätigkeiten

Medikamenteneinnahme

Einnahme erfolgt selbstständig ☐ unter Anleitung ☐ unselbständig ☐

Wie ist die zu betreuende Person vom Wesen und Charakter? (lieb, ruhig, aufgeschlossen, anspruchsvoll o.a.)

Fragen zum Betreuungs-und Pflegeumfang

Pflegebedarf

Welchen Pflegegrad hat die zu betreuende Person? keine ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Wurde eine Erst- oder Höherstufung beantragt? keine ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Soll ein Pflegedienst in Anspruch genommen werden? ja ☐ nein ☐

Wenn ja,welche Tätigkeiten soll der Pflegedienst erbringen?

Wenn ja,wie oft?

Geht die zu betreuende Person in eine Tagespflege? ja ☐ nein ☐

Wenn ja,wie oft?

Werden sonstige Hilfsleistungen durch Dritte erbracht?

Bedarf an hauswirtschaftlicher Leistung

Gibt es eine zusätzliche Haushaltshilfe? ja ☐ nein ☐

Wenn ja,wie oft soll sie zum Einsatz kommen und in welchem Umfang?

Welche Aufgaben sollen erbracht werden?

Einkaufen immer	☐	ab und zu	☐	nein	☐
Kochen immer	☐	ab und zu	☐	nein	☐
Abwaschen immer	☐	ab und zu	☐	nein	☐
Wäsche waschen immer	☐	ab und zu	☐	nein	☐
Bügeln immer	☐	ab und zu	☐	nein	☐
Putzen immer	☐	ab und zu	☐	nein	☐
Begleitung zum Arztimmer	☐	ab und zu	☐	nein	☐

Welche weitere Hilfe wird im Haushalt benötigt?

Haustierversorgung

Sollen Haustiere mitversorgt werden? ja ☐ nein ☐ nach Bedarf ☐

Um welche Tiere handelt es sich?

Wohnsituation der zu betreuenden Person

Wohnlage

Stadt- zentral ☐ Stadt- abgelegen ☐ Dorf ☐ Ländlich ☐

Wohnumgebung

Einfamilienhaus ☐ Mehrfamilienhaus ☐ Wohnung ☐ Sonstige ☐

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.:

unter 15 min. ☐ unter 30 min. ☐ mehr als 30 min. ☐

Anmerkungen

Zusätzliche Ausstattung des Zimmers (Bett und Kleiderschrank und Bad-Mitbenutzung sind vorausgesetzt)

eigenes Bad TV Internet/WLAN Internet-Stick

Anmerkungen

Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht

keine Präferenz Frau Mann

Sprachkenntnisse

keine Präferenz Geringe Mittlere Gute

Führerschein

keine Präferenz nein ja,mit Fahrpraxis

Wenn Auto vorhanden Schaltgetriebe Automatikgetriebe

Marke/Modell

Alter in Jahren

keine Präferenz Alterswunsch 20-30 30-40 40-50 alter als so 50

Raucher / in

keine Präferenz (geraucht wird grundsätzlich im Außenbereich) ja nein (Raucher nicht erwünscht)

Wenn ja,handelt es sich um einen Raucherhaushalt? ja nein

Erwartungen

Welche Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

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

Internet ☐ Bekannte I Freunde ☐

Arzt ☐ Wenn ja,wer?

Beratungsstelle ☐ Wenn ja,welche?

Pflegedienst ☐ Wenn ja,welcher?

Unterschrift

lch gebe hiermit mein Einverständnis,dass die Pflegeagentur Pflege XXL die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen,persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, einzusehen unter: www.pflegexxl.de/datenschutzerklarung. lch versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden,zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der Pflegeagentur Pflege XXL kontaktiert zu werden.

Ich bestätige, dass die oben genannten lnformationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift/ Signatur (Vor- und Nachname)