

FRAGEBOGEN ZUR BEDARFSANALYSE



Eine umfassende Bedarfsanalyse ist die Grundlage einer individuellen und liebevollen Betreuung zu Hause. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten sich Zeit zu nehmen und den Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Anhand Ihrer Angaben können wir ein erstes Kostenangebot unterbreiten und mit der Suche nach einer geeigneten Betreuungsperson beginnen.

WANN SOLL DER EINSATZ BEGINNEN? schnellstmöglich ab: _____

1. KONTAKTDATEN

1.1 ANSPRECHPARTNER

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Verhältnis zur ersten hilfsbedürftigen Person: _____

1.2 ERSTE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____

1.3 ZWEITE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON (OPTIONAL)

Vorname: _____ Nachname: _____

1.4 WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN? (OPTIONAL)

- Krankenhaus ambulanter Pflegedienst Beratungsstelle Arzt/Therapeut
 Internetrecherche persönliche Empfehlung Sonstiges

Nähere Angaben oder Stempel der Einrichtung:

2. ERSTE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

2.1 ZUR PERSON

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?

1 2 3 4 5 derzeit keinen Pflegegrad

2.2 DIAGNOSEN UND GRÜNDE FÜR DIE BETREUUNGSBEDÜRFTIGKEIT

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Demenz (z. B. Alzheimer) | <input type="checkbox"/> Einsamkeit | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung (z. B. Herzinfarkt) |
| <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Angstzustände | <input type="checkbox"/> körperliche Schwäche nach stationärer Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Unfall/Sturz | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Amputation |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Diabetes | |

Anmerkungen:

Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

nein ja, Folgende: _____

Hat die hilfsbedürftige Person ansteckende Krankheiten oder Keime (z. B. MRSA, ESBL, Hepatitis)?

nein ja, Folgende: _____

Hat die hilfsbedürftige Person eine Hauterkrankung/-schädigung (z. B. Dekubitus)?

nein ja, wird versorgt durch: _____

Wird ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen?

nein wöchentlich mehrmals pro Woche täglich mehrmals täglich

Wenn ein amb. Pflegedienst in Anspruch genommen wird, welche Aufgaben soll er auch weiterhin übernehmen?

2.3 INKONTINENZ

Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?

nein teilweise (z. B. nachts) Harninkontinenz Stuhlinkontinenz
 Dauerkatheter künstlicher Blasenaustritt künstlicher Darmaustritt

Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?

nein ja, Wechsel erfolgt selbstständig ja, Wechsel erfolgt durch Betreuungsperson

2.4 KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT

- Sehen: nicht eingeschränkt eingeschränkt stark beeinträchtigt blind
Hören: nicht eingeschränkt eingeschränkt stark beeinträchtigt gehörlos
Sprechen: nicht eingeschränkt eingeschränkt stark beeinträchtigt verstummt

2.5 MOBILITÄT

Wie mobil ist die hilfsbedürftige Person im Alltag?

- Bewegung: selbstständig mit Unterstützung
Treppensteigen: selbstständig mit Unterstützung nicht möglich
Baden/Duschen: selbstständig mit Unterstützung vollständig auf Hilfe angewiesen
An-/Auskleiden: selbstständig mit Unterstützung vollständig auf Hilfe angewiesen

Ergänzungen:

Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

- nein ja

Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig?

- nein ja, Hilfe beim Umlagern nicht notwendig ja, Hilfe beim Umlagern notwendig

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

- Pflegebett Hebegurt/-sitz Lifter Toiletten-/Duschstuhl
 Rollstuhl Rollator weitere: _____

Ist ein Transfer von Bett zu Roll-, Dusch- oder Toilettenstuhl notwendig?

- nein ja, in folgender Häufigkeit pro Tag: _____

Muss die hilfsbedürftige Person angehoben werden?

- nein ja, hilfsbedürftige Person hilft mit vollständig

2.6 MENTALE VERFASSUNG (DEMENTZ-ANAMNESE)

Hat die hilfsbedürftige Person Orientierungsschwierigkeiten?

- nein zeitlich („Welcher Tag ist heute?“) örtlich („Wo bin ich?“)
 räumlich („Wo ist die Toilette?“) situativ („Was mache ich hier gerade?“)
 zur eigenen Person („Wie heiße ich?“) zu anderen Personen („Woher kenne ich dich?“)

Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?

- nein ggü. sich selbst ggü. anderen ggü. Gegenständen ja, verbal

Anmerkungen:

Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?

- nein
- Angstzustände
- Apathie (Teilnahmslosigkeit)
- Halluzinationen
- Hinlauftendenz
- gestörter Tag-/Nachtrhythmus
- starke Unruhe
- Ablehnung der Körperpflege

Anmerkungen:

Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

- Eine direkte Ansprache und Aktivierung ist wichtig.
- Sie bevorzugt es, in Ruhe gelassen zu werden.

Anmerkungen:

2.7 INTERESSEN UND BELIEBTE BESCHÄFTIGUNGEN DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON

- Kochen/Backen
- Spaziergänge
- Musik
- Natur
- Tiere
- Lesen/Literatur
- Fernsehen
- Handarbeiten
- Gesellschaftsspiele

weitere:

2.8 AUFGABEN DER BETREUUNGSPERSON

Bei welchen leichten pflegerischen Tätigkeiten soll die Betreuungsperson unterstützen?

(Bitte beachten Sie, dass Behandlungspflege und das Verabreichen von Medikamenten ausgeschlossen sind.)

- Körperhygiene
- Intimpflege
- Erinnerung an Medikamenteneinnahme
- Nahrungsaufnahme
- Toilettengänge
- Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen
- An- und Auskleiden
- Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme

weitere:

Ist eine Betreuung in der Nacht notwendig?

- nein
- gelegentlich
- jede Nacht
- mehrmals pro Nacht

Wenn eine Nachtbetreuung notwendig ist, welche Aufgaben müssen übernommen werden?

Wie kann die Betreuungsperson in der Nacht gerufen werden?

- Klingel
- „Babyphone“
- Rufen

3. ANGABEN ZUR BETREUUNGSPERSON

3.1 WÜNSCHE AN DIE BETREUUNGSPERSON

Für welchen Zeitraum planen Sie derzeit den Einsatz einer Betreuungsperson?

- unbefristet befristet für die Dauer von: _____ Monaten

Welches Geschlecht bevorzugen Sie?

- egal weiblich männlich

Welches Alter bevorzugen Sie?

- egal bis 50 Jahre älter als 50

Welche Deutschkenntnisse sind für die Betreuung erforderlich?

- Kategorie I Kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen.
(Entspricht etwa A1 des Europäischen Referenzrahmens)
- Kategorie II Kann sich in bekannten Situationen in einfachen Worten verständigen.
(Entspricht etwa A2 des Europäischen Referenzrahmens)
- Kategorie III Kann klare Sprache verstehen und sich in einfachen Worten ausdrücken.
(Entspricht etwa B1 des Europäischen Referenzrahmens)

3.2 ALLGEMEINE ANGABEN ZUM HAUSHALT

Welche Ausstattungsdetails stehen der Betreuungsperson – neben einem eigenen Zimmer – zur Verfügung?

- eigenes Bad TV Fahrrad Auto weitere: _____

Wird der Betreuungsperson ein Internetzugang zur Verfügung gestellt?

- ja, bereits vorhanden ja, wird noch bereitgestellt nicht möglich

Wie sind die wichtigsten Einkaufsmöglichkeiten zu erreichen?

- zu Fuß mit öffentlichen Verkehrsmitteln mit dem Fahrrad nur mit dem Auto

Gibt es weitere Unterstützung im Haushalt?

- nein ja, Folgende: _____

Kommen Angehörige oder Bekannte zu Besuch und wenn ja, wie oft?

- nein ja, in folgender Regelmäßigkeit: _____

Wie wohnt die hilfsbedürftige Person?

- Haus Wohnung Sonstiges: _____

Lebt die hilfsbedürftige Person allein im Haushalt?

- ja nein, gemeinsam mit _____

3.3 ANGABEN ZU HAUSHALSTÄTIGKEITEN

Soll die Betreuungsperson kochen?

nein ja, für: _____ Personen (inkl. Betreuungsperson)

Soll die Betreuungsperson die Wohnfläche reinigen?

nein ja, ca: _____ m²

Welche weiteren Tätigkeiten soll die Betreuungsperson übernehmen?

Blumenpflege Waschen/Bügeln Einkaufen

weitere: _____

Soll die Betreuungsperson Haustiere versorgen?

nein ja, Folgende: _____

3.4 FREIZEITREGELUNG

In welcher Form kann der Betreuungsperson Freizeit ermöglicht werden?

ein freier Tag pro Woche zwei halbe freie Tage pro Woche mehrere Stunden pro Tag

Anmerkungen:

Wer übernimmt die Betreuung, wenn die Betreuungsperson Freizeit hat?

3.5 ABHOLUNG BEI ANREISE

Ist eine Abholung der Betreuungsperson möglich?

(Bitte beachten Sie, dass die Anreise nur bis zum nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) im Tagessatz inbegriffen ist.)

- Abholung persönlich vom nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) möglich
- Abholung durch Dritte (Bekannte oder Taxiunternehmen) vom nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) möglich
- keine Abholung möglich

Anmerkungen:

4. ZWEITE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON (OPTIONAL)

4.1 ZUR PERSON

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?

1 2 3 4 5 derzeit keinen Pflegegrad

4.2 DIAGNOSEN UND GRÜNDE FÜR DIE BETREUUNGSBEDÜRFTIGKEIT

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Demenz (z. B. Alzheimer) | <input type="checkbox"/> Einsamkeit | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung (z. B. Herzinfarkt) |
| <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Angstzustände | <input type="checkbox"/> körperliche Schwäche nach stationärer Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Unfall/Sturz | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Amputation |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Diabetes | |

Anmerkungen:

Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

nein ja, Folgende: _____

Hat die hilfsbedürftige Person ansteckende Krankheiten oder Keime (z. B. MRSA, ESBL, Hepatitis)?

nein ja, Folgende: _____

Hat die hilfsbedürftige Person eine Hauterkrankung/-schädigung (z. B. Dekubitus)?

nein ja, wird versorgt durch: _____

Wird ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen?

nein wöchentlich mehrmals pro Woche täglich mehrmals täglich

Wenn ein amb. Pflegedienst in Anspruch genommen wird, welche Aufgaben soll er auch weiterhin übernehmen?

4.3 INKONTINENZ

Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?

nein teilweise (z. B. nachts) Harninkontinenz Stuhlinkontinenz
 Dauerkatheter künstlicher Blasenaustritt künstlicher Darmaustritt

Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?

nein ja, Wechsel erfolgt selbstständig ja, Wechsel erfolgt durch Betreuungsperson

4.4 KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT

- Sehen: nicht eingeschränkt eingeschränkt stark beeinträchtigt blind
Hören: nicht eingeschränkt eingeschränkt stark beeinträchtigt gehörlos
Sprechen: nicht eingeschränkt eingeschränkt stark beeinträchtigt verstummt

4.5 MOBILITÄT

Wie mobil ist die hilfsbedürftige Person im Alltag?

- Bewegung: selbstständig mit Unterstützung
Treppensteigen: selbstständig mit Unterstützung nicht möglich
Baden/Duschen: selbstständig mit Unterstützung vollständig auf Hilfe angewiesen
An-/Auskleiden: selbstständig mit Unterstützung vollständig auf Hilfe angewiesen

Ergänzungen:

Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

- nein ja

Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig?

- nein ja, Hilfe beim Umlagern nicht notwendig ja, Hilfe beim Umlagern notwendig

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

- Pflegebett Hebegurt/-sitz Lifter Toiletten-/Duschstuhl
 Rollstuhl Rollator weitere: _____

Ist ein Transfer von Bett zu Roll-, Dusch- oder Toilettenstuhl notwendig?

- nein ja, in folgender Häufigkeit pro Tag: _____

Muss die hilfsbedürftige Person angehoben werden?

- nein ja, hilfsbedürftige Person hilft mit vollständig

4.6 MENTALE VERFASSUNG (DEMENTZ-ANAMNESE)

Hat die hilfsbedürftige Person Orientierungsschwierigkeiten?

- nein zeitlich („Welcher Tag ist heute?“) örtlich („Wo bin ich?“)
 räumlich („Wo ist die Toilette?“) situativ („Was mache ich hier gerade?“)
 zur eigenen Person („Wie heiße ich?“) zu anderen Personen („Woher kenne ich dich?“)

Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?

- nein ggü. sich selbst ggü. anderen ggü. Gegenständen ja, verbal

Anmerkungen:

Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?

- nein
- Angstzustände
- Apathie (Teilnahmslosigkeit)
- Halluzinationen
- Hinlauftendenz
- gestörter Tag-/Nachtrhythmus
- starke Unruhe
- Ablehnung der Körperpflege

Anmerkungen:

Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

- Eine direkte Ansprache und Aktivierung ist wichtig.
- Sie bevorzugt es, in Ruhe gelassen zu werden.

Anmerkungen:

4.7 INTERESSEN UND BELIEBTE BESCHÄFTIGUNGEN DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON

- Kochen/Backen
- Spaziergänge
- Musik
- Natur
- Tiere
- Lesen/Literatur
- Fernsehen
- Handarbeiten
- Gesellschaftsspiele

weitere:

4.8 AUFGABEN DER BETREUUNGSPERSON

Bei welchen leichten pflegerischen Tätigkeiten soll die Betreuungsperson unterstützen?

(Bitte beachten Sie, dass Behandlungspflege und das Verabreichen von Medikamenten ausgeschlossen sind.)

- Körperhygiene
- Intimpflege
- Erinnerung an Medikamenteneinnahme
- Nahrungsaufnahme
- Toilettengänge
- Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen
- An- und Auskleiden
- Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme

weitere:

Ist eine Betreuung in der Nacht notwendig?

- nein
- gelegentlich
- jede Nacht
- mehrmals pro Nacht

Wenn eine Nachtbetreuung notwendig ist, welche Aufgaben müssen übernommen werden?

Wie kann die Betreuungsperson in der Nacht gerufen werden?

- Klingel
- „Babyphone“
- Rufen



Hinweise zum Datenschutz

In diesem Fragebogen werden personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, erfasst. Wir benötigen diese Daten zum Zwecke der Anbahnung der von Ihnen gewünschten Dienstleistung der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft und der daraus resultierenden Personenbetreuung.

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese gewissenhaft gemäß der EUDatenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden, geben sie nur anonym an unmittelbar beteiligte Partnerunternehmen weiter und schützen sie durch angemessene technische und organisatorische Maßnahmen.

Mit Ihrer Unterschrift bzw. der Übermittlung des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie alle Angaben wahrheitsgemäß eingetragen haben und die Einwilligung der weiteren Personen besitzen, deren personenbezogenen Daten Sie neben Ihren eigenen angegeben haben.

Datum und Unterschrift