

## Fragebogen zur Bedarfsermittlung

### 1. Ansprechpartner für Rückfragen:

Vor- und Nachname:   
Straße:   
PLZ:  Ort:

Tel.nummer:   
Mobilnummer:   
E-Mail:

### 2. Beziehungsebene zur betreuenden Person:

Ehepartner/in    Tochter/Sohn    Enkel/in    gesetzl. Betreuer    andere:

### 3. Zu betreuende Person:

Vor- und Nachname:   
Straße:   
PLZ:  Ort:

Tel.nummer:  Geburtstag:   
Größe:  Gewicht:   ♀  ♂

Pflegegrad:  1    2    3    4    5    kein PG    höherer PG beantragt

Sind bereits Pflegehilfsmittel beantragt?    ja    nein, bitte senden Sie mir Informationsunterlagen

Wunsch-Einsatzbeginn:   Schnellstmöglich    ab:

Dauer des Einsatzes:    dauerhaft    Verhinderungspflege   für welche Dauer:

### 4. Personen im gemeinsamen Haushalt:

- die Person lebt alleine, eine weitere Person ist nicht im Haushalt  
 es handelt sich um zwei zu betreuende Personen (bitte zusätzlich Fragebogen B ausfüllen)  
 die Person lebt mit einer zweiten, nicht betreuungsbedürftigen Person gemeinsam in einem Haushalt

### 5. Diagnosen und Merkmale der zu betreuenden Person:

- Allg. Altersschwäche    Hypertonie    Rheuma    Multiple Sklerose  
 Parkinson    Asthma    Demenz    Herzinfarkt/Herzinsuffizienz  
 Ödeme    Depressionen    Diabetes    Schlaganfall

Amputation:   Krebs:

sonstige Krankheiten:

ansteckende Krankheiten:    nein    ja   Erläuterung:

#### 5.1. Mentale Verfassung:

keine geistige Beeinträchtigung    Teilnahmslosigkeit    Vergesslichkeit

starke Unruhe    Weglauftendenz    Aggressivität

sonstiges:

**5.2. Kommunikationsfähigkeit:**

- Sprache:  gut  eingeschränkt  gar nicht  
 Hörvermögen:  gut  eingeschränkt  gar nicht  
 Sehkraft:  gut  eingeschränkt  gar nicht  
 Hilfsmittel:  Brille  Hörgerät

**5.3. Inkontinenz:**

- Harninkontinenz:  nein  gelegentlich  immer  
 Stuhlinkontinenz:  nein  gelegentlich  immer  
 Hilfsmittel vorhanden:  Vorlagen  Windeln  Urinflasche  Bettpfanne  
 Toilettenstuhl  Katheter  künstlicher Darmausgang  
 Wechseln von Einlagen:  selbstständig  Betreuungsperson

**5.4. Mobilität:**

- vollständig mobil  Gehstock  Rollator  Rollstuhl  
 sturzgefährdet  bettlägerig  muss gelagert werden  
 Hilfsmittel vorhanden?  Pflegebett  Dekubitusmatratze  Hebelifter  Treppenlift  
 kann die Person bei Transfers mithelfen?  ja  nein

**5.5. Hilfe bei der Körperpflege:**

- Gesicht  Kämmen  Zahnpflege  Oberkörper  Unterkörper  
 Intimpflege  Badelifter  Baden/Duschen  Badehocker  behindertengerechtes Bad

**5.6. Ruhe und Schlafen:**

- gestörter Tag-/ Nachtrhythmus  Einschlafprobleme  Durchschlafprobleme  
 Schlafapnoe (Atemaussetzer)  hält gerne Mittagsschlaf  
 Sind nächtliche Einsätze nötig?  nein  ja, circa  Mal pro Nacht

**5.7. Nahrungsaufnahme:**

- Nahrungallergien:  nein  ja:   
 Diätvorschriften:  nein  ja:   
 Magensonde

- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme:  selbstständig  füttern  mundgerecht zubereiten

**5.8. Aktuelle Therapien:** Logopädie     Ergotherapie     Physiotherapie    sonstige Therapien: **5.9. Interessen und beliebte Beschäftigungen der zu betreuenden Person:** Kochen/Backen     Musik     TV/Radio     Gesellschaftsspiele  
 Lesen     Natur/Tiere     Handarbeiten     Politik/Geschichtesonstiges: **6. Unterstützung:**Ist ein Pflegedienst beauftragt?     ja     nein    Name des Pflegedienstes: Wird dieser weiterhin kommen?     ja     nein

Wie oft ?

Welche Leistungen werden erbracht?     täglich     wöchentlich     Ist die zu betreuende Person an manchen Tagen nicht im Haus (z.B. Dialyse, Tagespflege, Physiotherapie)?  
Werden sonstige Hilfeleistungen durch Dritte erbracht (z.B. Angehörige, Nachbarn, Putzhilfe)?  
**7. Gegebenheiten vor Ort:**Wohnsituation:     Einfamilienhaus     Mehrfamilienhaus     Wohnung    Anzahl Zimmer:  qm<sup>2</sup>  
 Großstadt     Kleinstadt     Dorf     ländlich     zentralEinkaufsmöglichkeiten: Nächster Ansprechpartner im Notfall wohnt:     im selben Haus     im selben Ort     Befinden sich Haustiere im Haushalt?     nein     ja Wenn ja, müssen diese mitversorgt werden?     nein     ja 

Ausstattung des Wohnraumes für die Betreuungskraft:

 Bett     Schrank     Tisch/Stuhl     Radio     TV Einliegerwohnung     eigenes BadIst ein Internetanschluss vorhanden?     WLAN     Surfstick     Kabelanschluss     nein



**8. Wünsche und Anforderungen an die Betreuungskraft:**

- Geschlecht:  egal  Frau  Mann
- Sprachkenntnisse:  egal  Grundkenntnisse  Mittlere Kenntnisse  Gute Kenntnisse
- Führerschein:  egal  nein  ja  
(Auto muss zur Verfügung gestellt werden)  Automatikgetriebe  Schaltgetriebe
- Haushaltsführung inkl. Kochen, Wäsche, Hausputz, Einkaufen etc. für  1  2  Person/en + Betreuungskraft
- Alterswunsch:  egal  20-35  35-50  50-65
- Ist das Rauchen außerhalb des Hauses gestattet?  ja  nein

Welche Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

  
**9. Sonstiges:**

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Arzt:   Klinik:
- Beratungsstelle:   Pflegedienst:
- Bekannte:   Internet:
- sonstiges:

**Dieser Tagesablaufplan wird gemeinsam mit der Sofiapflege ausgefüllt:**

Beispiel eines durchschnittlichen Tagesablaufes	Zeit:	Tätigkeiten:	Arbeitszeit:
08.00 Uhr Hilfe beim Aufstehen			
08.30 Uhr Hilfe beim Anziehen			
09.00 Uhr Frühstückszubereitung			
09.15 Uhr Frühstück			
09.45 Uhr Mundpflege			
10.00 Uhr Hilfe bei der Körperpflege			
10.15 Uhr Windel wechseln			
11.00 Uhr Haushaltstätigkeiten z.B. Wäsche			
12.00 Uhr Essenszubereitung			
12.30 Uhr Mittagessen			
13.30 Uhr Ruhezeit/Mittagsschlaf			
15.00 Uhr Reinigung der Wohnung oder Spaziergang			
15:30 Uhr Hilfe beim Toilettengang			
16.00 Uhr Kaffee und Kuchen			
18.30 Uhr Abendbrot			
20.30 Uhr Ausziehen Stützstrümpfe			
20:45 Uhr Zahnreinigung			
21.00 Uhr Transfer Bett			
21.15 Uhr Bettruhe			
ab 22 Uhr evtl. 1x Hilfe bei Toilettengang			
		gesamt:	

Hiermit versichere ich, dass die gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind und Änderungen des gesundheitlichen Zustandes, sowie der daraus resultierenden Hilfestellungen umgehend der Sofiapflege mitgeteilt werden. Ich bin damit einverstanden, dass die Sofiapflege die angegebenen Daten zu Beratungszwecken und Angebotserstellung nutzt und dass ich telefonisch / schriftlich kontaktiert werde. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden.

X

Unterschrift Interessent

X

Änderungen akzeptiert

**Bitte fügen Sie hier ein paar Bilder von Ihnen und Ihrem Zuhause bei, um Ihrer Betreuungskraft einen besseren Einblick verschaffen zu können:**

Foto des Pflegebedürftigen

Wohnung/ Haus von außen

Zimmer der Betreuungskraft

Wohnungs/-Hausbild innen