



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

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:

- Nahrungsalergien: 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/Geschichte

sonstiges: _____

6. Unterstützung:

Ist ein Pflegedienst beauftragt? ja nein
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: ____ qm² ____
 Großstadt Kleinstadt Dorf ländlich zentral

Einkaufsmöglichkeiten: _____

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 Bad

Ist 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:
(Auto muss zur Verfügung gestellt werden) egal nein ja
- Haushaltsführung inkl. Kochen, Wäsche, Hausputz, Einkaufen etc. für 1 2 Person/en
- Alterswunsch: egal 20-35 35-50 50-65
- Ist das Rauchen außerhalb des Hauses gestattet? ja nein
- Freie Tage der Betreuungskraft,
zusätzlich zu 2-3 Stunden Freizeit täglich,
die immer zu gewährleisten sind: 2 x 1/2 Tag (á 5h) 1 x gesamter Tag (á 8h) 2 x gesamte Tage (á 8h)

Welche Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

9. Sonstiges:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

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

