



Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Kontaktdaten:

1. Name der zu betreuenden Person

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Anschrift:.....

Telefonnummer:

2. Name der Kontaktperson

Name:..... Vorname..... Alter:.....

Anschrift:

Telefonnummer:

Mobil:

E-Mail:.....

Verwandtschaftsgrad zwischen der zu betreuenden Person

und der Kontaktperson:.....

3. Angaben zu der zu betreuenden Person

Angaben zur Person(en)

Geschlecht: weiblich männlich

Alter:.....Größe:.....Gewicht:.....

Alter:.....Größe:.....Gewicht:.....

Leben Angehörige im gemeinsamen Haushalt?

ja nein

Wenn ja, wer und wie viele.....

4. Diagnose/Beeinträchtigung der zu betreuenden Person

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Parkinson | <input type="radio"/> Demenz | <input type="radio"/> Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Dekubitus | <input type="radio"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="radio"/> Alzheimer | <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="radio"/> Multiple Sklerose | <input type="radio"/> Schwerhörigkeit | <input type="radio"/> Rheuma |
| <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Depression | <input type="radio"/> Chronische Durchfälle |
| <input type="radio"/> Stoma | <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Altersbedingte Gehschwäche |

Schlaganfall, Beeinträchtigungen:.....

Tumor/ Krebserkrankungen:.....

Allergien:.....

Sonstiges (wie z.B. ansteckende Krankheiten):.....

Aktuelle Therapien:.....

.....

5. Angaben zum gesundheitlichen Zustand

Kommunikation:

- | | | | |
|-------------|---------------------------|---------------------------------|---|
| Sprache | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> gar nicht möglich |
| Hörvermögen | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> gar nicht |
| Sehkraft | <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> gar nicht |

- | | | | |
|--------------|----------|--------------------------|----------------------------|
| Hilfsmittel: | Hörgerät | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Brille | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Orientierung:

- | | | | |
|------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Zeitlich | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> gar nicht |
| Örtlich | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> gar nicht |
| Persönlich | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> gar nicht |

Nahrungsaufnahme:

- | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> selbstständig | <input type="radio"/> braucht Hilfe z.B. beim Schneiden | <input type="radio"/> hilfsbedürftig |
| <input type="radio"/> Schluckstörung | <input type="radio"/> PEG Sonde | <input type="radio"/> Trinkkarenz |
| <input type="radio"/> Diät:..... | | |

Bewegung:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> selbstständig | <input type="radio"/> mit Unterstützung |
| <input type="radio"/> überwiegend im Rollstuhl | <input type="radio"/> bettlägerig |

Transfer vom/ins Bett:

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> selbstständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> komplett hilfsbedürftig |
|-------------------------------------|---------------------------------|---|

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

- Pflegebett
- Hebegurt
- Rollator
- Dekubitusmatratze
- Toilettenwagen
- Rollstuhl
- Patientenlift
- Badewannenlift

Sonstige Hilfsmittel vorhanden?.....

Sind leichte pflegerische Tätigkeiten erwünscht?

- ja
- nein

- Wenn ja (bitte erläutern Sie genau):.....

.....

.....

Handelt es sich bei den durch die Betreuungskraft zu erledigenden Aufgaben um überwiegend pflegerische Tätigkeiten (>50%)

- ja
- nein

6. Welche Leistungen sind erwünscht?

Körperpflege:

- braucht keine Hilfe
- braucht Hilfestellung bei der Körperpflege
- Ganzkörperwaschung

Baden/Duschen

- selbstständig
- braucht Hilfe
- komplett hilfsbedürftig
- wöchentlich
- täglich

An- und Auskleiden:

- selbstständig
- braucht Hilfe
- komplett hilfsbedürftig

Ausscheidung:

Urinausscheidung Inkontinenz teilweise inkontinent keine (z.B. nachts)

Stuhlausscheidung: Inkontinenz teilweise inkontinent (z.B. nachts)
 keine

Hilfsmittel vorhanden? Windel Vorlagen Urinflasche
 künstlicher Darmausgang Katheter Suprapubischer Katheter

Wechseln der Windel bei Inkontinenz:

Wenn ja, wie oft?.....

Überwachung in der Nacht:

- ja
- nein

Wenn ja, wie sollte diese ablaufen?.....

.....

.....

Bekommt der zu Betreuende Schlafmittel?

- ja
- nein

7. Hilfeleistungen im Haushalt

Tätigkeiten:

- Reinigung der Wohnung
- Zubereiten von Essen
Für wieviele Personen?.....
- Wäsche waschen
- Bügeln
- Fenster putzen
- Einkaufen
- Spaziergehen
- Gesellschaftsspiele
- Begleitung beim Einkaufen
- Arztbesuche

- Haus Wohnung
- Fläche zum Sauberhalten:
- Ist ein Garten ja nein
vorhanden
- Falls ja, ist leichte ja nein
Gartenarbeit erwünscht?

- Haustiere, wenn ja, welche? :.....
- Andere gewünschte Aufgaben:.....
.....
.....
.....
.....

8. Erwartungen an die Betreuungskraft

Persönliche Anforderungen

- | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| 1. Geschlecht | <input type="radio"/> weiblich | <input type="radio"/> männlich | <input type="radio"/> egal |
| 2. Alter | <input type="radio"/> 26 – 40 | <input type="radio"/> 41 – 60 | <input type="radio"/> egal |
| 3. Führerschein | <input type="radio"/> ja, wichtig | <input type="radio"/> nicht wichtig | <input type="radio"/> |
| 4. Nichtraucher | <input type="radio"/> ja, wichtig | <input type="radio"/> egal | <input type="radio"/> |
| 5. Tierlieb | <input type="radio"/> ja, wichtig | <input type="radio"/> egal | <input type="radio"/> |

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an den Mitarbeiter?

(Charakter, Eigenschaften, etc.)

.....

.....

.....

Deutsche Sprachkenntnisse:

- Verstehen mäßig, sprechen schlecht
- Verstehen gut, sprechen mäßig
- Verstehen gut, sprechen gut

Sollte die Betreuungskraft eine Ausbildung im pflegerischen Bereich mitbringen.

- ja, wichtig
- nicht wichtig
- egal

Rahmenbedingungen:

- | | | | |
|------|---|---|----------------------------------|
| Lage | <input type="radio"/> Großstadt (zentral) | <input type="radio"/> Großstadt (abgelegen) | <input type="radio"/> Kleinstadt |
| | <input type="radio"/> Dorf | <input type="radio"/> ländlich | |

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß) | <input type="radio"/> ca. 10 min. | <input type="radio"/> ca. 20 min. |
| | <input type="radio"/> ca. 40 min. | <input type="radio"/> länger als 1 Stunde |

Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft:

- eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV Internet

Anmerkungen:.....

Arbeitspensum:

- Nachteinsätze nein ab und zu häufig jede Nacht

Anmerkungen:.....

Was ist Ihnen außerdem noch wichtig?

.....
.....
.....

9. Ab wann wird die Betreuungs-/Pflegekraftkraft erwünscht?

.....

10. Für wie lange wird der Auftrag erteilt?

.....

11. Fragen zum ambulanten Pflegedienst

Hat die zu betreuende Person einen Pflegegrad?

.....

Wird derzeit ein Pflegedienst in Anspruch genommen?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--------------------------	----------------------------

Wenn ja, wie heißt der Pflegedienst?.....

Wie oft kommt der Pflegedienst?.....

War die zu betreuende Person schon mal im Pflegeheim?

ja nein

12. Zusätzliche Angaben

1. Hatten Sie schon eine „24-Stunden-Betreuungskraft“ beschäftigt?

ja nein

2. Falls ja, auf welche Weise wurde die Person vermittelt?

Vermittlungsagentur Privat ZAV

3. Wie sind Sie auf medpol aufmerksam geworden?

Internet Pflegedienst Beratungsstelle Presse Fernsehen

Empfehlung von:.....

.....

Hiermit versichere ich, dass die von mir gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unvollständige Angaben führen unter Umständen zu späteren Missverständnissen oder Mehrkosten.

Ort, Datum:

Unterschrift: