

Fragebogen

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

Bedarfsfragebogen

Angaben zur betreuenden Person

Beginn der Leistung

Vorname	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	<input type="text"/>
(PLZ)	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
Telefonnummer(Mobil)	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/>
Größe	<input type="text"/>

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 Durchfälle Hypertonielinkontinenz 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	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	massive	<input type="checkbox"/>
Örtliche	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	massive	<input type="checkbox"/>
Persönliche	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	massive	<input type="checkbox"/>
Situative	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	massive	<input type="checkbox"/>
Bewusstsein (Gedächtnis)	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	massive	<input type="checkbox"/>
Auswahl der Kleidung	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	massive	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen

Motorische Einschränkungen

Hinlegen - Aufstehen	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig	<input type="checkbox"/>
Hinsetzen - Aufstehen Stehen	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig	<input type="checkbox"/>
Gehen	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Gehhilfen	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Rollstuhl	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig	<input type="checkbox"/>
Transfer (Umsetzen)	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig	<input type="checkbox"/>
Lagern im Bett (Umdrehen)	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen

Hilfsmittel Gehstock Dekubitusmatratze Rollator Toilettensitzerhöhung Pflegebett
 Patientenlifter Duschstuhl/-Hocker Treppenlift Rollstuhl Badewannenlifter

Anmerkungen

Körperpflege

Waschen am Waschbecken	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Waschen im Bett	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Mund-/Zahn-/Prothesenpfleg	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Intimpflege / Ausscheidung	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Haarpflege	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Rasieren	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Hautpflege	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Nägel-/Fußpflege	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>

Wie oft pro Woche?

Anmerkungen

Ausscheidungen

Harninkontinenz	nein <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	immer <input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	nein <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	immer <input type="checkbox"/>
Hilfsmittel	Windeln <input type="checkbox"/>	Katheter <input type="checkbox"/>	Vorlagen <input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter <input type="checkbox"/>
	Urinflasche <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/>	

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 | <input type="checkbox"/> | ab und zu | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Kochen | immer | <input type="checkbox"/> | ab und zu | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Abwaschen | immer | <input type="checkbox"/> | ab und zu | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Wäsche waschen | immer | <input type="checkbox"/> | ab und zu | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Bügeln | immer | <input type="checkbox"/> | ab und zu | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Putzen | immer | <input type="checkbox"/> | ab und zu | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Begleitung zum Arzt | immer | <input type="checkbox"/> | ab und zu | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

Welche weitere Hilfe wird im Haushalt benötigt?

Haustiersversorgung

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 / Freunde

Arzt Wenn ja,wer?

Beratungsstelle Wenn ja,welche?

Pflegedienst Wenn ja,welcher?

Unterschrift

Ich gebe hiermit mein Einverständnis,dass die Pflegeagentur Realalternative 24h die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen,persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, einzusehen unter: www.realalternative24h.de/datenschutzerklärung. Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden,zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der Pflegeagentur Realalternative 24h kontaktiert zu werden.

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

Datum, Unterschrift/ Signatur (Vor- und Nachname)