

FRAGENBOGEN zur genaueren Bedarfsanalyse

1. Angaben zur Kontaktperson (z.B. Angehöriger, gesetzlicher Betreuer):

Name	Vorname:
Straße/Hausnr.	PLZ, Ort:
Telefon:	Mobil:
E-Mail:	

Verwandtschaftsgrad zwischen der zu betreuenden Person und der Kontaktperson:

2. Angaben zur zu betreuenden Person (Leistungsempfänger):

Name	Vorname:
Straße/Hausnr.	PLZ, Ort:
Telefon:	Mobil:
Geburtsdatum:	
Größe	Gewicht:

Pflegegrad: ja nein
Falls ja, welcher: 1 2 3 4 5 Beantragt: 1 2 3 4 5

Pflegedienst: Erfolgt zur Zeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst: ja nein

Wie oft? _____

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden: ja nein

3. Gesundheitszustand der zu betreuenden Person:

Welche Krankheitsbilder wurden diagnostiziert?

altersbedingte Gehschwäche	Asthma	Osteoporose	Schlaganfall
Diabetes	Diabetes insulinpflichtig	beginnende Demenz	Demenz fortgeschritten
Herzrhythmusstörung	Herzinsuffizienz	Hypertonie	Rheuma
Parkinson	MS	chronische Durchfälle	Stoma
Tumor	Depression	Alzheimer	Dekubitus
Allergien			

sonstige bekannte Krankheiten: _____

Kommunikationsfähigkeit

Sprache:	keine	mäßige	massive Einschränkungen
Hörvermögen:	keine	mäßige	massive Einschränkungen
Sehkraft:	keine	mäßige	massive Einschränkungen

Hilfsmittel

Hörgerät:	ja	nein
Brille:	ja	nein

Orientierung

zeitlich:	keine	mäßige	massive Einschränkungen
örtlich:	keine	mäßige	massive Einschränkungen
persönlich:	keine	mäßige	massive Einschränkungen

Mentale Verfassung

klar	apathisch	teilnahmslos	verwirrt	aggressiv
------	-----------	--------------	----------	-----------

Mobilität

uneingeschränkt mobil	leicht gehbehindert	sturzgefährdet	benutzt Rollator
benutzt Rollstuhl	schwer gehbehindert	bettlägerig	

Treppensteigen

selbständig	mit Unterstützung	nicht möglich	Treppenlift
-------------	-------------------	---------------	-------------

Transfer Bett/Rollstuhl

selbständig			
mit Unterstützung des Betreuungspersonals / der Patient kann dabei			
zeitweise selbständig aufstehen	aktiv mithelfen	teilweise mithelfen	nicht mithelfen
bettlägerig/ kein Transfer			

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

Pflegebett	Rollstuhl	Rollator	Personenlift
Badewannenlift	Dekubitusmatratze		
sonstige:			

www.seniorenbetreuung-godek.de

Körperpflege

selbständig teilweise selbstständig unter Anleitung vollständige Unterstützung

Baden/ Duschen

selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

An-/ Auskleiden

selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Essen/ Trinken

selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Urinkontrolle

kontrolliert teilweise inkontinent inkontinent

Hilfsmittel

Windeln Einlagen Urinflasche Katheter

Stuhlkontrolle

kontrolliert teilweise inkontinent inkontinent

Kau-u. Schluckstörungen

keine sporadische Störungen PEG Sonde
Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät

keine falls ja, welche: _____

Ein-/ Durchschlafen

keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-/ Wachrhythmus gestört

Wie oft steht die zu betreuende Person jede Nacht auf?

0 mal 1 mal öfters als 1 mal

Benötigt die zu betreuende Person Hilfe in der Nacht? ja nein

Wenn ja, welche Hilfestellung wird benötigt? _____

Wichtiger Hinweis: Wir bieten keine regelmäßige Hilfestellung in der Nacht an.

Aktuelle Therapien

keine Krankengymnastik Logopädie

sonstige: _____

Hat die zu betreuende Person ansteckende Krankheiten oder Keime?

nein ja, folgende: _____

Beschreiben Sie bitte das Wesen und den Charakter der zu betreuenden Person

4. Anforderungen an das Betreuungspersonal und Rahmen-Bedingungen

Bevorzugtes Geschlecht

weiblich männlich egal

Deutschkenntnisse

gut ausreichend gering

Haben Sie schon Erfahrung mit ausländischen Hilfskräften?

Welche Erwartungen stellen Sie an das Betreuungspersonal:

5. Rahmenbedingungen

Lage

Großstadt - zentral Großstadt - abgelegen Kleinstadt Dorf Ländlich Markt

Wohnsituation

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Leben weitere Personen im gleichen Haushalt z. B. Partner, Kinder, Untermieter

nein ja

Wenn ja, bitte Name und Geburtsdatum angeben:

Muss eine dieser Personen ebenfalls versorgt werden

nein ja Wenn ja, bitte den Ergänzungsfragebogen ausfüllen.

Einkaufsmöglichkeiten

ca. 10 min. Gehzeit ca. 20 min. Gehzeit ca. 40 min. Gehzeit nur mit Auto zu erreichen

Ausstattung des Zimmers für das Betreuungspersonal

eigenes Bad Bett Tisch Schrank TV
Internetzugang (obligatorisch) Internetzugang wurde beantragt

Freizeitregelung

2,5 zusammenhängende freie Stunden pro Tag freier Nachmittag pro Woche (von _____ bis _____ Uhr)

Geplanter Beginn des Einsatzes

6. Sonstige Hilfeleistungen

Kochen/Essenvorbereitung für _____ Personen (inkl. Betreuungsperson)

Einkaufen

Wohnung/ Haushalt putzen _____ qm

Waschen/Bügeln

Begleitung bei Arztbesuchen

Mitversorgung von Haustieren, falls ja: welche? _____

Blumenpflege: ja nein

Gibt es eine Reinigungskraft, die regelmäßig zum Einsatz kommt: ja nein

Wenn ja, wie oft: _____

7. Tagesstruktur

**Bitte beschreiben Sie einen
gewöhnlichen Tagesablauf,
gemäß dem folgenden Beispiel:**

08.00 Uhr	Hilfe bei Aufstehen & Anziehen
08.15 Uhr	Hilfestellung bei der Körperpflege
09.00 Uhr	Frühstückzubereiten
11.00 Uhr	Zubereiten des Mittagessens
12.00 Uhr	Mittagessen
13.00-15.30 Uhr	Ruhezeit
16.00 Uhr	Kaffee & Kuchen
16.30 Uhr	gemeinsame Unternehmungen
18.00 Uhr	Abendbrot
20.45 Uhr	Hilfestellung bei der Körperpflege
21.00-22.00 Uhr	Bettruhe

Uhrzeit:	Tätigkeiten:

Datenschutz: In diesem Fragebogen werden personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheits-daten, erfasst. Wir benötigen diese Daten zum Zwecke der Anbahnung der von Ihnen gewünschten Dienstleistung der Betreuung in der häuslichen Umgebung. Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese gewissenhaft gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden, geben sie nur an beteiligte Partnerunternehmen weiter und schützen sie durch angemessene technische und organisatorische Maßnahmen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____