

# Fragebogen zur Bedarfsermittlung



## Daten der Kontaktperson

Name, Vorname	<input type="text"/>	
Straße, Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	
Ort	<input type="text"/>	
Telefonnummer	<input type="text"/>	
Handynummer	<input type="text"/>	
E-Mail	<input type="text"/>	

## Notfallkontakt

Name, Vorname	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
Handynummer	<input type="text"/>

# Fragebogen zur Bedarfsermittlung

## Daten des zu Betreuenden

Name, Vorname	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Alter	<input type="text"/>		
Straße, Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ	<input type="text"/>		
Ort	<input type="text"/>		
Telefonnummer	<input type="text"/>		
Größe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	m
Gewicht	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg
Geschlecht des Patienten	Weiblich	<input type="checkbox"/>	Männlich <input type="checkbox"/>

Anzahl der zu pflegenden	<input type="text"/>		
Anzahl der Personen im Haushalt	<input type="text"/>		
Wohnen Angehörige mit im Haus?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
In einer abgeschlossenen Wohnung?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Pflegegrad	kein	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
Beantragter Pflegegrad	kein	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>

# Fragebogen zur Bedarfsermittlung

## Pflegedienst

Pflegedienst beantragt?

Ja

Nein

Welcher ?

Soll der Pflegedienst weiter kommen?

Ja

Nein

Wie oft?

Was macht der Pflegedienst?

Kommt ein ...

Physiotherapeut

Ergotherapeut

Logopäde

## Krankheitsmerkmale, Diagnosen, Beeinträchtigungen

Altersbedingte Beeinträchtigungen	
Diabetes	
Herzrhythmusstörungen	
Herzschrittmacher	
Herzinfarkt	
Herzinsuffizienz	
Inkontinenz	
Katheter	
Parkinson	
Chronischen Durchfall	
Asthma	
COPD	
Depressionen	
Dekubitus	

Arthrose	
Osteoporose	
Rheuma	
Bandscheibenvorfall	
Wirbelsäulenleiden	
Beginnende Demenz	
Fortgeschrittene Demenz	
Alzheimer	
Schlaganfall	
Hirnschlag	
Hypertonie (Bluthochdruck)	
Schilddrüsenunterfunktion	
Schilddrüsenunterfunktion	
Krebs	

# Fragebogen zur Bedarfsermittlung

## Mobilität

Uneingeschränkt Mobil

Rollstuhl

Leicht Gehbehindert

Bettlägerig

## Hilfsmittel

Stock  Rollator  Rollstuhl  Pflegebett  Treppenlift

Badewannenlift  Toilettensitzerhöhung  Behindertengerechte Dusche

Bettenlift

## Umsetzen Bett/Rollstuhl

Selbstständig

Hilft mit

Komplett Hilfebedürftig

## Waschen, Baden oder Duschen

waschen  Baden  Duschen  Selbstständig

Benötigt Hilfe  Komplett Hilfebedürftig

## Urinkontrolle

Kontinent  Teilweise Kontinent  inkontinent  Vorlage

Windeln  Urinflasche  Katheter

## Stuhlgang

Kontinent  Teilweise Kontinent  inkontinent

Windeln  Toilettenstuhl  Stoma

# Fragebogen zur Bedarfsermittlung

## An- und Ausziehen

Selbstständig

Benötigt Hilfe

Komplett Hilfebedürftig

## Ein- und Durchschlafen

Schläft durch

Wird gelegentlich wach

Tag-/Nachtrhythmus gestört

Steht der zu Betreuende in der Nacht auf? Ja

Nein

Wenn Ja! Wie oft?

Beschreiben sie bitte kurz den Charakter und die Wesenszüge des zu Betreuenden (Hobbys, Tagesablauf, Rituale, Aufstehen und zu Bett gehen, etc., wird sonst noch Hilfe benötigt?)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anforderungen an die Betreuungskräfte

### Geschlecht

Frau

Mann

Egal

### Alter

20-30 Jahre

30-40 Jahre

40-50 Jahre

Älter als 50 Jahre

### Sprachkenntnisse

Schwach

Grundkenntnisse

Mittel bis gut

Sehr gut

# Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Zu verrichtende Arbeiten

Grundpflege

Hauswirtschaftliche Arbeiten

Welche Anforderungen stellen sie an die Betreuungskraft?

---

---

---

Charakter, Eigenschaften, Körperliche Belastbarkeit

---

---

---

## Mikro und Makrolage

Lage des Wohnortes

Großstadt (Zentral)

Großstadt (Vorort)

Kleinstadt

Dorf

Wohnsituation

Mehrfamilienhaus

Einfamilienhaus

Wohnung

Größe  m<sup>2</sup>

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar?

Ja

Nein

Wenn Ja, wie weit?

Kauft ein Angehöriger/Bekannter mit dem Auto ein?

Ja

Nein

Ausstattung des Zimmers für die Betreuerin

Bett

Ausziehcouch

Radio

TV

Bad

Badmitbenutzung

# Fragebogen zur Bedarfsermittlung

## Sonstiges

Telefon

WLAN

Fahrrad

Fahrbare Einkaufstasche

## Führerschein

erforderlich

unwichtig

wünschenswert

## Raucher

Ja

Nein

Geplanter Beginn des Einsatzes

Was ist Ihnen noch wichtig?

### Datenschutzhinweise

Der Gesetzgeber ist verpflichtet uns in §4abs. 1 TDDSG, Sie vor der endgültigen Datenübermittlung an uns über Art, Umfang und Zweck der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten zu unterrichten. Personenbezogene Daten sind Informationen, die genutzt werden können, um Ihre Identität zu erfahren. Darunter fallen Informationen wie Ihr richtiger Name, Adresse, Postanschrift und Telefonnummer. Sämtliche Anforderungen des Bundesdatenschutzgesetzes werden von uns eingehalten. Ihre personenbezogenen Daten werden nicht ohne Ihre Zustimmung an Dritte weitergegeben.

Ihre Einwilligung (sofern diese erteilt wurde) in die Speicherung und zweckgerichtete Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit durch eine kurze E-Mail an [info@zuhause-altern.de](mailto:info@zuhause-altern.de) widerrufen.

Mit der Zusendung dieses Formulars an unsere Firma stimmen Sie unseren Datenschutz Bestimmungen automatisch zu.