

## Ihr Ansprechpartner

## Rückfragen unter:

## Fragebogen zur Bedarfsanalyse

Leistungsbeginn:

Verbindlich:

 Ja Nein

### Persönliche Angaben zur betreuenden Person

Nachname:  Frau  Herr

Vorname:

Straße und Nummer:

Zusatz:

Postleitzahl:

Ort:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

Geburtsdatum:

Geburtsland:

Größe (cm)

Gewicht (kg):

Lebt die zu betreuende Person alleine im Haushalt?

 Ja Nein

Bei nein, mit wem lebt die Person zusammen?

Benötigt diese Person auch Unterstützung?

 Ja Nein*(bei JA, bitte zweiten Bedarfsbogen ausfüllen)*

### Angaben zur Kontaktperson

Nachname:  Frau  Herr

Vorname:

Straße und Nummer:

Zusatz:

Postleitzahl:

Ort:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

E-Mail Adresse:

Beziehungsgrad:

 Ehepartner/in Tochter/Sohn Enkel/in gesetzl. Betreuer/in

## Fragen zu den gesundheitlichen Einschränkungen

### Diagnosen

- |                                       |  |  |                                       |
|---------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergien    | <input type="checkbox"/> Demenz (beginnend)          | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose  |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer    | <input type="checkbox"/> Demenz                      | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt         | <input type="checkbox"/> Parkinson    |
| <input type="checkbox"/> Asthma       | <input type="checkbox"/> Durchfälle (chronisch)      | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz    | <input type="checkbox"/> Rheuma       |
| <input type="checkbox"/> COPD         | <input type="checkbox"/> Gehschwäche                 | <input type="checkbox"/> Hypertonie          | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus    | <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Inkontinenz         | <input type="checkbox"/> Stoma        |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose   | <input type="checkbox"/> Tumor        |

weitere Diagnosen:

Anmerkung zur Diagnose:

### Einschränkungen Kommunikation

- |             |                                 |                                    |                                    |
|-------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Sprache     | <input type="checkbox"/> keine  | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> intensive |
| Sehkraft    | <input type="checkbox"/> keine  | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> intensive |
| Hörvermögen | <input type="checkbox"/> keine  | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> intensive |
| Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgerät  | <input type="checkbox"/> intensive |

Anmerkungen:

### Einschränkungen Orientierung

- |                  |                                |                                       |                                    |
|------------------|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| zeitliche        | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> intensive |
| örtliche         | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> intensive |
| persönliche      | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> intensive |
| situative        | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> intensive |
| Bewusstsein      | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> intensive |
| Kleidung Auswahl | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> intensive |

Anmerkungen:

## Motorische Einschränkungen

Mit steigender Ziffer nimmt die Selbständigkeit ab. Ziffer 1 steht für selbständig, Ziffer 6 für unselbständig.

	1	2	3	4	5	6
Aufstehen aus Liegeposition	<input type="checkbox"/>					
Aufstehen aus Sitzposition	<input type="checkbox"/>					
Stehen	<input type="checkbox"/>					
Gehen	<input type="checkbox"/>					
Umgang mit Gehhilfen	<input type="checkbox"/>					
Umgang mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/>					
Transfer (umsetzen)	<input type="checkbox"/>					
Lagern im Bett (umdrehen)	<input type="checkbox"/>					

Anmerkungen:

Hilfsmittel:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Badewannenlifter  | <input type="checkbox"/> Patientenlifter | <input type="checkbox"/> Toiletten-     |
| <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze | <input type="checkbox"/> Pflegebett      | <input type="checkbox"/> Sitzerrhöhung  |
| <input type="checkbox"/> Duschstuhl        | <input type="checkbox"/> Rollator        | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl |
| <input type="checkbox"/> Gehstock          | <input type="checkbox"/> Rollstuhl       | <input type="checkbox"/> iTreppenlift   |

Anmerkungen:

## Körperpflege

Mit steigender Ziffer nimmt die Selbständigkeit ab. Ziffer 1 steht für selbständig, Ziffer 6 für unselbständig.

	1	2	3	4	5	6
Waschen am Waschbecken	<input type="checkbox"/>					
Waschen im Bett	<input type="checkbox"/>					
Mund-/ Zahn-/ Prothesenpflege	<input type="checkbox"/>					
Intimpflege nach Ausscheidung	<input type="checkbox"/>					
Haarpflege	<input type="checkbox"/>					
Rasieren	<input type="checkbox"/>					
Hautpflege	<input type="checkbox"/>					
Nagel-/ Fußpflege	<input type="checkbox"/>					
Baden/ Duschen	<input type="checkbox"/>					

Anzahl Baden/ Duschen

Anmerkungen:

## Ausscheidungen

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

Anmerkungen:

## Nahrungsaufnahme

- |                        |  |   |
|------------------------|--|---|
| Probleme beim Essen    | <input type="checkbox"/> ja                                | <input type="checkbox"/> nein               |
| Kau-/ Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> ja                                | <input type="checkbox"/> nein               |
| Wenn ja, welche?       | <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> |   |
| PEG-Sonde              | <input type="checkbox"/> ja                                | <input type="checkbox"/> nein               |
| Diätvorschriften       | <input type="checkbox"/> ja                                | <input type="checkbox"/> nein               |
| Wenn ja, welche?       | <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> |   |
| Probleme beim Trinken  | <input type="checkbox"/> ja                                | <input type="checkbox"/> nein               |
| Trinkmenge             | <input type="checkbox"/> normal                            | <input type="checkbox"/> erfordert Anregung |

Anmerkungen:

## Nachtruhe

- |                           |                                  |                                       |                                 |
|---------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Zeiten der Nachtruhe      | von ca. <input type="text"/> Uhr | bis ca. <input type="text"/> Uhr      |                                 |
| Durchschlafen ?           | <input type="checkbox"/> nein    | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> ja     |
| Wenn nein, wie oft wach?  | <input type="checkbox"/> 1 Mal   | <input type="checkbox"/> 2-3 Mal      | <input type="checkbox"/> 3+ Mal |
| Wenn nein, Unterstützung? | <input type="checkbox"/> nein    | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> ja     |
| Einnahme Schlafmittel?    | <input type="checkbox"/> nein    | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> ja     |

Anmerkungen:

## Aktuelle Therapien

- |  |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| Gegenwärtig aktive Teilnahme an einer Therapie | <input type="checkbox"/> nein                              | <input type="checkbox"/> ja |
| wenn ja. Welche?                               | <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> |                             |
| Sonstige Therapien                             | <div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> |                             |

## Freizeit und soziale Aktivitäten

Tagesgestaltung

 selbständig mit Anleitung unselbständig

kann sich beschäftigen

 selbständig mit Anleitung unselbständig

Ehemals ausgeübter Beruf:

Beschreibung der Interessen:

Beschreibung der Außenaktivitäten:

Angaben spezieller Tätigkeiten / Regelmäßigkeiten in der Tagesgestaltung:

Wesen und Charakter der zu betreuenden Person:

## Medikamenteneinnahme

Einnahme

 selbständig unter Aufsicht unselbständig

## Ansteckende Krankheiten

 Ja Nein unbekannt

wenn ja, welche?



## Haustierversorgung

Sind Haustiere im Haushalt anwesend?  Nein  Ja

Sollen die Haustiere mitversorgt werden?  Nein  Ja

Welche Haustiere?

## Beschreibung der Wohnsituation der zu betreuenden Situation

### Wohnanlage

Stadt-zentrale Lage  Stadt-Randgebiet  Stadt-erweit. Umkreis  ländlich

### Wohnart

EFH  MFH  Wohnung  Sonstige

weitere Angaben:

Einkaufsmöglichkeiten in  Minuten zu Fuß erreichbar

Anmerkungen:

### Zusätzliche Ausstattung des Zimmers

Standards werden hierbei nicht aufgeführt. Die zur Verfügung Stellung von Bett, Nachtkasten, Schrank, Sitzmöglichkeit, WC/ Badmitbenutzung sind Voraussetzung.

Eigenes Bad  TV / Sat  Internet / WLAN  Internet Stick

Anmerkungen:

### Private Telefonnutzung der Betreuungskraft (Bereitstellung)

Wir bitten hierbei um Ihr Verständnis und der Unterstützung in diesem Kontext

Festnetz  Countryflat  Betreuerhandy  Internettelefonie

Die Kosten je nach Auswahl bitten wir Sie für die Betreuungskraft zu übernehmen.  
Die Kosten belaufen sich monatlich zwischen € 5,00 und € 10,00.

Anmerkungen:

## Anforderungen an die Betreuungskraft

Nationalität	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> Polen	<input type="checkbox"/> Rumänien
	<input type="checkbox"/> Tschechien	<input type="checkbox"/> Ungarn	<input type="checkbox"/> Kroatien
	<input type="checkbox"/> Slowenien	<input type="checkbox"/> Bulgarien	<input type="checkbox"/> Slowakei
Geschlecht	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Sprachkenntnisse	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> gute
Führerschein	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, Getriebe	<input type="checkbox"/> Automatik	<input type="checkbox"/> Schaltung	
Automarke:			
PKW Karosserieform:	<input type="checkbox"/> Limousine	<input type="checkbox"/> Kombi	<input type="checkbox"/> Coupe
Angaben zum Alter	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> Alterswunsch in Jahren	
		<input type="checkbox"/> 20 - 30	<input type="checkbox"/> 40 - 50
		<input type="checkbox"/> 30 - 40	<input type="checkbox"/> älter 50
Raucher/ in	Das Rauchen erfolgt ausschließlich im Aussenbereich		
	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> es handelt sich um ein Raucherhaushal		

## Erwartungen

Bitte nennen Sie uns Ihre Erwartungen an die Betreuungskraft:

## Umfrage

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |                                   |                                       |   |                                    |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arzt     | <input type="checkbox"/> Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Pflegeberatung | <input type="checkbox"/> Bekannte  |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Suchmaschine | <input type="checkbox"/> Zeitung        | <input type="checkbox"/> Ratgeber  |
| <input type="checkbox"/> TV       | <input type="checkbox"/> Radio        | <input type="checkbox"/> Werbung allg.  | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Name des Empfehlenden (freiwillige Angabe)

## Unterschrift

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

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

Datum

Unterschrift/ Signatur (Vor- und Nachname)