

Ihr Ansprechpartner für Rückfragen

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_



# FRAGEBOGEN

## Persönliche Angaben

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Mobil-Nummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beziehungsebene zur betreuenden Person?

- Ehepartner/in                       Tochter/Sohn                       Enkel/in  
 Gesetzl. Betreuer/in                       Andere

## Angaben zur betreuenden Person

Beginn der Leistung \_\_\_\_\_ Fixtermin       circa-Angabe

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Mobil-Nummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Lebt die zu betreuende Person alleine?       ja       nein

Wenn nein, mit wem?

Ist der Mitbewohner auch hilfsbedürftig?       ja       nein

Angehörige kommen regelmäßig zu Besuch?       ja       nein

## Angaben zum Gesundheitszustand der zu betreuenden Person

### Diagnose

- |  |                                      |  |  |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gehschwäche         | <input type="checkbox"/> Asthma      | <input type="checkbox"/> Depression        | <input type="checkbox"/> Inkontinenz           |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie          | <input type="checkbox"/> COPD        | <input type="checkbox"/> Aggressivität     | <input type="checkbox"/> Stoma                 |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall        | <input type="checkbox"/> Allergien   | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Diabetes    | <input type="checkbox"/> Demenz            | <input type="checkbox"/> Sehstörungen          |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt         | <input type="checkbox"/> Dekubitus   | <input type="checkbox"/> Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Hörstörungen          |
| <input type="checkbox"/> Tumor               | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Parkinson         | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen       |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose   | <input type="checkbox"/> Rheuma      |  |  |

Sonstige Diagnosen \_\_\_\_\_

### Pflegegrade

- |                                |                  |                            |                            |                            |                            |                            |
|--------------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine | Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
|                                | Beantragt:       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

### Bewegung

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

### Hilfsmittel

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gehstock        | <input type="checkbox"/> Rollstuhl      | <input type="checkbox"/> Treppenlift       | <input type="checkbox"/> Duschstuhl/-hocker    |
| <input type="checkbox"/> Rollator        | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung |
| <input type="checkbox"/> Patientenlifter | <input type="checkbox"/> Pflegebett     | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter  |  |

Anmerkungen \_\_\_\_\_

## Körperpflege

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

## Urinkontrolle

- |                                      |                                      |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> kontinent   | <input type="checkbox"/> inkontinent | <input type="checkbox"/> teilweise inkontinent (z.B. nachts) |
| <input type="checkbox"/> Windel      | <input type="checkbox"/> Vorlagen    | <input type="checkbox"/> Einlagen                            |
| <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Katheter    | <input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter             |

## Stuhlkontrolle

- |                                    |                                      |  |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> kontinent | <input type="checkbox"/> inkontinent | <input type="checkbox"/> teilweise inkontinent (z.B. nachts) |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|

## Essen/Trinken

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe (z.B. beim Schneiden) |
|--|--|--|

## Diät

- Keine      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Kau- / Schluckstörungen

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine Störungen | <input type="checkbox"/> Störungen      | <input type="checkbox"/> PEG Sonde |
| <input type="checkbox"/> Trinkkarenz     | <input type="checkbox"/> Nahrungskarenz |                                    |

## Ein- / Durchschlafen

keine Probleme                       sporadische Störungen                       Schlaf-Wach-Rhythmus gestört

Wie oft ist die zu betreuende Person nachts wach?                       1 mal                       2-3 mal                       mehr als 3 mal

Braucht die zu betreuende Person Unterstützung?                       ja                       nein

Anmerkungen \_\_\_\_\_

## Geistiger Zustand

gut                       eingeschränkt                       schlecht

## Pflegedienst

ja                       nein                      Wie oft? \_\_\_\_\_

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst? \_\_\_\_\_

## Ansteckende Krankheiten

Sind ansteckende Krankheiten oder Keime wie z.B. MRSA bekannt?                       ja                       nein

Welche Krankheiten oder Keime? \_\_\_\_\_

## Wie ist die zu betreuende Person vom Wesen und Charakter und welche Interessen hat sie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist die zu betreuende Person Raucher/in?                       ja                       nein

## Anforderungen an die Betreuungskraft

### Deutschkenntnisse

- Grundstufe       Kommunikativ       Gut       Sehr Gut

### Geschlecht

- Frau       Mann       egal

### Rauchgewohnheit

- Nichtraucher(in)       nur draußen       nicht relevant

### Führerschein

- ja       nein

### Alter

- 25-40       40-60       nicht relevant

### Sonstiges

## Angaben zur Versorgung

### Grundpflege

- Hilfe beim An- und Auskleiden       Hilfe bei der Nahrungsaufnahme       Hilfe bei Toilettengängen

### Behandlungspflege

- Medikamentenverwaltung       Inkontinenzversorgung       Prophylaxen

### Hilfe bei der täglichen Körperpflege

- Waschen am Waschbecken       Waschen im Bett       Mund-/Zahn-/Prothesenpflege  
 Intimpflege n. Ausscheidung       Haarpflege       Rasieren  
 Hautpflege       Nagel-/Fußpflege       Baden/Duschen

### Anmerkungen

### Hauswirtschaftliche Verrichtungen

- Waschen       Fenster putzen       Bügeln  
 Pflanzenpflege       Betten frisch machen       Haustierversorgung  
 Kochen       Abfallentsorgung       Geschirr spülen  
 Leichte Gartenarbeit       Staub saugen       Postverwaltung  
 Boden wischen

### Sonstiges

### Hilfsmittel

- Badewannenlift       Duschstuhl       Lift  
 Dekubitus Matratze       Hörgerät

Sonstiges

### Gesellschaftliche Unterhaltung

- gemeinsame Gesellschaftsspiele     gemeinsame Ausflüge       gemeinsame Spaziergänge  
 gemeinsame Gespräche

### Tagesablauf (Beschreibung)

Morgens \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vormittags \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mittags \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nachmittags \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Abends \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anmerkungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Rahmenbedingungen / Infrastruktur

### Wohnsituation

- Einfamilienhaus       Mehrfamilienhaus       Wohnung (Stockwerk \_\_\_\_\_ )  
 Telefonnutzung       Internetzugang       eigenes Bad  
 TV       separates Zimmer für Pflegekraft vorhanden

## Haustiere

keine      Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Sollen Haustiere mitversorgt werden?     ja     nein

## Garten

ja       nein

## Lage

Stadt – zentral     Stadt – abgelegen     Kleinstadt     Dorf/Ländlich

## Einkaufsmöglichkeiten

unter 15 min.       unter 30 min.       mehr als 30 min.

Anmerkungen \_\_\_\_\_

## Bedarf an hauswirtschaftlicher Leistung

Gibt es eine zusätzliche Haushaltshilfe?     ja     nein

Wenn ja, wie oft soll sie zum Einsatz kommen? \_\_\_\_\_

## Unterschrift

- Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die Seniorcare4you die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, einzusehen unter: <https://www.seniorcare4you.de/impressum>. Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der Seniorcare4you kontaktiert zu werden.
- Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

.....  
*Datum, Unterschrift/Signatur (Vor- und Nachname)*