

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Anfrage durch

Familie / Name, Vorname

Verhältnis zu(r) hilfsbedürftigen
Person(en)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefonnummer Festnetz

Telefonnummer Mobil

E-Mail-Adresse

Fax-Nummer

Notfall-Telefonnummer

Gewünschter Betreuungsbeginn

Gewünschte Betreuungsdauer

Vertragspartner /
Rechnungsempfänger

Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht

Frau

Mann

egal

Ehepaar

Alter

Deutschkenntnisse

schlecht

ausreichend

kommunikativ

gut

sehr gut

Führerschein notwendig? ja nein

Darf geraucht werden? ja nein

Nachteinsätze erforderlich? ja nein draußen

Sind Haustiere mitzuversorgen? ja nein

Wenn ja, welche?

Ist Gartenarbeit notwendig? ja nein

Wenn ja, welche?

Sonstige Anforderungen

Ihre Vorstellung zur
Freizeitregelung

Was Ihnen noch wichtig erscheint

Rahmenbedingungen

Lage (Großstadt, Kleinstadt, Dorf)

Beschreibung der Unterkunft für
die Betreuungskraft

Beschreibung der
Einkaufsmöglichkeiten

Angaben zu(r) hilfsbedürftigen Person(en)

Herr/Frau, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefonnummer Festnetz

Telefonnummer Mobil

Geburtsdatum

Größe, Gewicht

Pflegestufe, falls vorhanden

Ist ein Pflegedienst beauftragt? ja nein

Wird der Pflegedienst weiterhin
beschäftigt? ja nein

Welche Leistungen erbringt der
Pflegedienst?

Wohnt die hilfsbedürftige Person
allein? ja nein

Wenn nein, welche weiteren
Personen leben im Haushalt?

Diagnosen (bitte jeweils kurz beschreiben, z.B. „starke Demenz“)

Demenz

Parkinson

Alzheimer

Depressionen

Altersbedingte Gehschwäche

Osteoporose

Rheuma

Dekubitus

Herzerkrankungen

Schlaganfall

Krebserkrankungen

Allergien

Sonstige Beeinträchtigungen

Mobilität

Gehen/Spazieren	selbstständig meistens im Rollstuhl		mit Hilfe bettlägerig
Treppensteigen	selbstständig	mit Hilfe	unmöglich
Toilettengänge	selbstständig	mit Hilfe	unmöglich
Zu Bett gehen	selbstständig	mit Hilfe	unmöglich
An- und Auskleiden	selbstständig	mit Hilfe	unmöglich
Rollator	ja	nein	
Rollstuhl	ja	nein	
Lift	ja	nein	
Pflegebett	ja	nein	
Dekubitusmatratze	ja	nein	

Kommunikationsfähigkeit

Erkennen von Personen	ja	nein
Zeitorientierung	ja	nein
Raumorientierung	ja	nein

Sprache	ja	nein
Sehkraft	ja	nein
Hörvermögen	ja	nein
Schlafprobleme	ja	nein
Hilfsmittel (wenn ja, welche)		

Körperpflege

Baden/Duschen	selbstständig	mit Hilfe	unmöglich
Gesicht	selbstständig	mit Hilfe	unmöglich
Mundpflege	selbstständig	mit Hilfe	unmöglich
Handpflege	selbstständig	mit Hilfe	unmöglich
Rasieren	selbstständig	mit Hilfe	unmöglich
Haare waschen / kämmen	selbstständig	mit Hilfe	unmöglich
Oberkörper	selbstständig	mit Hilfe	unmöglich
Intimbereich	selbstständig	mit Hilfe	unmöglich
Unterkörper	selbstständig	mit Hilfe	unmöglich
Fußpflege	selbstständig	mit Hilfe	unmöglich

Nahrungsaufnahme

Essen	selbstständig	mit Hilfe
Trinken	selbstständig	mit Hilfe

Urin- und Stuhlkontrolle

Urinkontrolle	kontinent	teilweise kontinent	inkontinent
Stuhlkontrolle	kontinent	teilweise kontinent	inkontinent
Windeln	ja	nein	
Vorlagen	ja	nein	
Katheter	ja	nein	
Suprapubischer Katheter	ja	nein	
Bettpfanne	ja	nein	
Urinflasche	ja	nein	

Sonstiges

Wesen und Charakter der
hilfsbedürftigen Person

Tagesabläufe

Hobbys

Gewohnheiten

Aktuelle Therapien

Was Ihnen noch wichtig erscheint

Wie sind Sie auf uns aufmerksam
geworden?