



Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Bitte füllen Sie den Fragebogen so ausführlich wie möglich aus und senden diesen bitte zurück an: info@agentur24ostalbkreis.de oder Sie füllen direkt den [Online- Fragebogen](#) aus.

Kontaktdaten der 1. Kontaktperson:

Name der Kontaktperson	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon Festnetz	
Telefon Mobil	
E-Mail-Adresse	
Verwandtschaftsverhältnis	

Kontaktdaten der 2. Kontaktperson:

Name der Kontaktperson	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon Festnetz	
Telefon Mobil	
E-Mail-Adresse	
Verwandtschaftsverhältnis	

Kontakt Daten des zu Pflegenden:

Name des zu Pflegenden		
Geburtsdatum		
Adresse		
Telefon Festnetz		
Telefon Mobil		
Größe Gewicht	cm	kg

Wie viele Personen leben im Haushalt?

- die Person lebt allein
- die Person lebt mit einer weiteren Person zusammen. Die 2. Person ist **nicht** pflegebedürftig.
(Hauswirtschaft wird für beide erbracht)
- die Person lebt mit einer weiteren Person zusammen. Die 2. Person ist auch pflegebedürftig.
(Hauswirtschaft wird für beide erbracht)

Angehörige

- wohnen im Haushalt des zu Betreuenden
- wohnen im Haus (separate Wohnung)
- wohnen in der Nähe
- wohnen weit weg

Pflegegrad:

- PG 1
- PG 2
- PG 3
- PG 4
- PG 5
- Beantragt
- Nein

Pflegedienst:

Erfolgt aktuell eine Versorgung durch den Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, soll der Pflegedienst weiterhin kommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wie oft täglich/wöchentlich?		
Tätigkeiten des Pflegedienstes		

Gesundheitszustand/ Diagnosen:

<input type="checkbox"/> Altersvergesslichkeit <input type="checkbox"/> beginnende Demenz <input type="checkbox"/> Demenz/ Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck) <input type="checkbox"/> Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Diabetes/Tabletten <input type="checkbox"/> Diabetes/Insulin <input type="checkbox"/> Allergien:
<input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Gehschwäche <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Lähmung:	<input type="checkbox"/> Altersbedingt reduzierter Allgemeinzustand:	<input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten:
<input type="checkbox"/> Krebs:	<input type="checkbox"/> Schlaganfall:	<input type="checkbox"/> Behinderungen:
<input type="checkbox"/> aktuelle Therapien:		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Kommunikation:

Sprechen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Hören	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Sehen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Zahnprothese

Orientierung:

Zeitlich	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Örtlich	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Persönlich	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nicht möglich

Mobilität und Selbständigkeit:

Gehen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Treppen steigen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Transfer Bett/ Rollstuhl	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Toilettengang	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Urinflasche	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig

Toilette:

Urin	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> nachts inkontinent
Stuhl	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> nachts inkontinent
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Windelhöschen	<input type="checkbox"/> Binden
	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Stoma

Schlafen:

Einschlafen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> teilweise gut	<input type="checkbox"/> erschwert
Durchschlafen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> Teilweise gut	<input type="checkbox"/> erschwert
Nächtliches Aufstehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 1-2x/ Nacht	<input type="checkbox"/> ___x/ Nacht
Hilfen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Schlafmedikation	<input type="checkbox"/> Benötigt Hilfe nachts beim Aufstehen <input type="checkbox"/> Wie oft? _____
Sonstiges			

Hilfsmittel:

<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Treppenlift
<input type="checkbox"/> Badewannenlift	<input type="checkbox"/> Duschstuhl	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Anti Dekubitus Matratze	<input type="checkbox"/> Patientenlifter	<input type="checkbox"/> Drehscheibe	<input type="checkbox"/>

Körperpflege:

Gesicht	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Mundpflege	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette ÜN
Oberkörper	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette ÜN
Gesäß/ Beine	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette ÜN
Intimpflege	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette ÜN
Haare kämmen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette ÜN
Haare waschen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette ÜN
Rasieren	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette ÜN

Baden und Duschen:

Baden und Duschen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Häufigkeit	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> ___x/ Woche

Essen und Trinken:

Essen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Trinken	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Kau/ Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Störungen	<input type="checkbox"/> Sonde
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> adipös (+)	<input type="checkbox"/> kachektisch (-)
Diät			
Sonstiges			

Beschreibung des Charakters:

- Lieb
- Dankbar
- Gesellig
- Traurig
- Ablehnend
- Bestimmend
- Aggressiv

Rahmenbedingungen:

Lage	<input type="checkbox"/> Großstadt	<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> Dorf
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus
Wohnfläche	qm :		
Supermarkt (zu Fuß)	<input type="checkbox"/> 5- 10 Min	<input type="checkbox"/> 20 Min	<input type="checkbox"/> 30 Min
Werden größere Einkäufe von der Familie übernommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sonstiges			

Ausstattung des Zimmers / Betreuungskraft:

Bad	<input type="checkbox"/> eigenes Bad	<input type="checkbox"/> Mitbenutzung	
Möbel	<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Tisch	<input type="checkbox"/> Schrank/ Regal
Medien	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Internet WLAN
Sonstiges			

Vertrag:

Vertragspartner	<input type="checkbox"/> Kontaktperson	<input type="checkbox"/> pflegebedürftige Person
Vertragsbeginn	(bitte gewünschtes Startdatum angeben)	

Anforderungen an die Betreuungskraft:

Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> egal
Alter	<input type="checkbox"/> 20-30 Jahre	<input type="checkbox"/> 30-50 Jahre	<input type="checkbox"/> älter als 50 Jahre
Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/> Befriedigend (A.1/A.2)	<input type="checkbox"/> Gut (B.1)	<input type="checkbox"/> Sehr gut (B.2)
Rauchen	<input type="checkbox"/> Nichtraucher	<input type="checkbox"/> Raucher (nur draußen)	<input type="checkbox"/> Raucher
Führerschein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> egal
Nachteinsätze	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> selten
Wechsel	<input type="checkbox"/> Alle 4 Wochen	<input type="checkbox"/> 3-6 Monate	<input type="checkbox"/> dauerhaft
2. Person im Haushalt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, ohne Pflegebedarf	<input type="checkbox"/> Ja, mit Pflegebedarf
Dauer / Betreuung	<input type="checkbox"/> Bis 2 Monate	<input type="checkbox"/> 3-6 Monate	<input type="checkbox"/> dauerhaft
Anreise	<input type="checkbox"/> Linienbus/ Bahnhof	<input type="checkbox"/> Minibus/ Haustür	

Haushalt:

Haustiere	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Versorgung der Tiere	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> Nein
Kochen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> Nein
Waschen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> Nein
Putzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> Nein
Begleitung bei Arztbesuch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> Nein
Gartenarbeit	<input type="checkbox"/> Ja, freiwillig:		<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges			

Beginn der Betreuung

- Schnellstmöglich
- Wunschtermin _____

Was ist Ihnen sonst noch wichtig?

Wie sind Sie auf agentur24 aufmerksam geworden?

