

Fragebogen - Bedarfsermittlung



agentur24 Ostalbkreis | Mail: info@agentur24ostalbkreis.de | www.agentur24ostalbkreis.de

ANREISE DER PFLEGEKRAFT
FRÜHESTENS

ANREISE DER PFLEGEKRAFT
SPÄTESTENS

ANREISE DER PFLEGEKRAFT

☐ Datum noch offen

DAUER DER BETREUUNG

☐ Kurzzeitbetreuung bis 8 Wochen

☐ Dauerhafte Betreuung

ANGABEN ZUR PFLEGEPERSON

ANGABEN ZUR KONTAKTPERSON 1

Vor-, Nachname		Vor- und Nachname	
Titel		Titel	
Geburtsdatum		Straße Hausnr.	
Straße, Hausnr.		PLZ + Ort	
PLZ, Ort		Telefon Festnetz	
Telefon Festnetz		Telefon Mobil	
Telefon Mobil		E-Mail Adresse	
E-Mail Adresse		Beziehung zur Pflegeperson	
Größe			

Gewicht

ANGABEN ZUR KONTAKTPERSON 2

Vor- und
Nachname

Titel

Straße | Hausnr.

PLZ + Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail Adresse

Beziehung zur
Pflegeperson

VERTRAGSPARTNER

☐ Betreuungsperson	☐ Kontaktperson 1	☐ Kontaktperson 2
---	--	--

PFLEGEGRAD

Sie können mehrere Optionen auswählen.

☐ Keiner	☐ Beantragt	☐ PG 1	☐ PG 2
☐ PG 3	☐ PG 4	☐ PG 5	

CHARAKTER

Sie können mehrere Optionen auswählen.

☐ Lieb	☐ Dankbar	☐ Gesellig	☐ Traurig
☐ Ablehnend	☐ Bestimmend	☐ Aggressiv	

WIE VIELE PERSONEN LEBEN IM HAUSHALT

☐ Die Person lebt alleine
☐ 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 und Grundpflege werden für beide erbracht) WICHTIG: Für jede pflegebedürftige Person bitte <u>einen</u> Fragebogen ausfüllen.

HABEN SIE BEREITS EINE REINIGUNGSKRAFT * WELCHE TÄTIGKEITEN

☐ Nein	
☐ Ja (wird beendet)	
☐ Ja (bleibt weiterhin bestehen) *	

GESUNDHEITLICHE EINSCHRÄNKUNGEN | DIAGNOSEN

Sie können mehrere Optionen auswählen.

☐ Asthma	☐ Gehschwäche
☐ Schlaganfall	☐ Herzinfarkt
☐ Hypertonie (Bluthochdruck)	☐ Hypotonie (niedriger Blutdruck)
☐ Herzinsuffizienz	☐ Osteoporose
☐ Rheuma	☐ Dekubitus
☐ Depression	☐ Multiple Sklerose (MS)
☐ Parkinson	☐ Diabetes (Tabletten)
☐ Diabetes (Insulin)	☐ COPD
☐ Tumor	☐ Allergien
☐ Andere	

SONSTIGES

ORIENTIERUNGSLOS

☐ Nein	☐ Personen	☐ Zeit & Ort
----------------------------	--------------------------------	----------------------------------

DEMENZ

☐ Keine	☐ Leicht	☐ Mittel	☐ Schwer
-----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

EINSCHRÄNKUNGEN - KOMMUNIKATION

	keine	mäßig	massiv
Sprechen	☐	☐	☐
Hören	☐	☐	☐
Sehen	☐	☐	☐

HILFSMITTEL - KOMMUNIKATION

Sie können mehrere Optionen auswählen.

☐ Brille	☐ Hörgerät	☐ Zahnprothesen
---------------------------------	-----------------------------------	--

INKONTINENZ

Sie können mehrere Optionen auswählen.

☐ Keine	☐ Harninkontinent	☐ Stuhlinkontinent	☐ Einlagen
☐ Windeln	☐ Windelhosen	☐ Urinflasche	☐ Katheter (Bauchdecke)
☐ Katheter (Harnröhre)	☐ Stoma		

MEDIKAMENTE WERDEN GERICHTET

1x wöchentlich in Wochendosierer

☐ Pflegeempfänger	☐ Angehörige	☐ Pflegedienst
--	-------------------------------------	---------------------------------------

KOMMT WEITERHIN EIN PFLEGEDIENST? FÜR WELCHE TÄTIGKEITEN?

BESUCHT DIE PFLEGEPERSON EINE TAGESPFLEGE ? (WELCHE TAGE + UHRZEIT)

HILFSMITTEL

☐ Keine	☐ Badewannenlift	☐ Duschstuhl	☐ Patientenlift
☐ Pflegebett	☐ Rollator	☐ Rollstuhl	☐ Sauerstoff
☐ Treppenlift	☐ Toilettenstuhl	☐ Gehstock	☐ Kompressionsstrümpfe
☐ Inkontinenzmaterial	☐ Andere		

HILFE BEI DER GRUNDVERSORGUNG

Sie können mehrere Optionen auswählen.

☐ Kochen	☐ Zum Trinken animieren	☐ Essen verabreichen
☐ Medikamente anweisen	☐ Kleidung herrichten	☐ Hilfe beim An- und Auskleiden
☐ Hilfe beim Toilettengang	☐ Inkontinenzversorgung	☐ Hilfe bei der Körperpflege
☐ Körperpflege im Bett	☐ Lagern bei Bettlägerigkeit	☐ Gemeinsame Spiele & Gesellschaft
☐ Hilfe beim Duschen	☐ Hilfe beim Baden	

HILFE IM HAUSHALT

Sie können mehrere Optionen auswählen.

☐ Reinigungsarbeiten	☐ Wäsche waschen / bügeln
☐ Betten beziehen	☐ Haustierpflege
☐ Leichte Gartenpflege	☐ Pflegeempfänger einbeziehen

HILFE BEI DER MOBILITÄT

Sie können mehrere Optionen auswählen.

☐ Spaziergänge

☐ Cafe´ & Restaurantbesuche

☐ Zur Bewegung motivieren

☐ Begleitung zu Terminen

TRANSFER/HEBEN VON UND IN DEN ROLLSTUHL

☐ Keiner

☐ Pflegeempfänger hilft aktiv mit (kann stehen)

☐ Übernimmt komplett die Pflegekraft

GEHEN

Sie können mehrere Optionen auswählen.

☐ Kann sich selbstständig ohne Hilfsmittel fortbewegen

☐ Unterstützung beim Gehen

☐ Geht alleine am Rollator

☐ Geht mit Unterstützung am Rollator

☐ Unterstützung beim Treppensteigen

SCHLAFEN & RUHEN

Sie können mehrere Optionen auswählen.

☐ Gut

☐ Einschlafen erschwert

☐ Durchschlafen erschwert

☐ Schlafmedikation

☐ Schlaf-/ Wachrhythmus gestört

☐ Mittagschlaf

NACHTEINSÄTZE

☐ Keine	☐ Selten	☐ 1 Mal pro Nacht
☐ 2 Mal pro Nacht	☐ mehr als 2 Mal pro Nacht	

WELCHE AUFGABEN FALLEN FÜR PFLEGEKRÄFTE IM NACHTDIENST AN?

ERNÄHRUNG

☐ Normal	☐ Günstig	☐ Gehoben	☐ Bioprodukte
☐ Vegetarisch	☐ Salzarm	☐ Diät	

TAGESSTRUKTUR

Morgens	
Mittags	
Nachmittags	
Abends	
Nachts	

GEWOHNHEITEN | HOBBIES | INTERESSEN |

WOHNSITUATION DER ZU BETREUENDEN PERSON
WOHNLAGE

☐ Stadt - zentral

☐ Stadt - abgelegen

☐ Dorf/Gemeinde

☐ ländlich

WOHNART

Sie können mehrere Optionen auswählen.

☐ Einfamilienhaus

☐ Wohnung

☐ Garten

ERSCHWERTE WOHNBEDINGUNGEN

Sie können mehrere Optionen auswählen.

☐ Alleinlage

☐ Ausschließlich mit Holz heizen

☐ Andere

WLAN/ INTERNET

☐ Vorhanden

☐ Wird schnellstmöglich eingerichtet

PFLEGEKRAFT - ZIMMER/ WOHNUNG

Sie können mehrere Optionen auswählen.

☐ Eigene Wohnung

☐ Eigenes Bad

☐ Bad Mitbenutzung

☐ Bett mit Bettzeug

☐ Schrank

☐ Tisch mit Stuhl

☐ TV

☐ Radio

☐ Fahrrad

PFLEGEKRAFT - FREIZEIT

Wichtig: Pausen von 2-3 Stunden sind vorausgesetzt.

☐ Pflegeempfänger kann alleine bleiben

☐ Familie übernimmt die Betreuung in Absprache mit der Pflegekraft

☐ Externe Dienstleister/Bekannte übernehmen die Betreuung (z.B. Tagespflege)

PFLEGEKRAFT - DEUTSCHKENNTNISSE

(Bitte max. 2)

☐ Grundstufe (einzelne Wörter, Verständigung mit Übersetzungs-App)

☐ Mittelstufe (einfacher Wortschatz, im Alltag verständlich)

☐ Fortgeschritten (erweiterter Wortschatz, Kommunikation am Telefon möglich)

☐ Fließend (umfassender Wortschatz)

PFLEGEKRAFT - GESCHLECHT

☐ weiblich

☐ männlich

☐ nicht relevant

PFLEGEKRAFT - ALTER

Sie können mehrere Optionen auswählen.

☐ bis 40 Jahre

☐ 40-50

☐ 50-60

☐ 60-65

☐ nicht relevant

PFLEGEKRAFT - RAUCHEN

☐ nein

☐ ja, aber nur draußen

☐ nicht relevant

PFLEGEKRAFT - FÜHRERSCHEIN

Sie können mehrere Optionen auswählen.

☐ Nein

☐ Ja

☐ Schaltgetriebe

☐ Automatikgetriebe

EINKÄUFE

☐ Pflegekraft

☐ Familie

☐ Zusammen

EINKÄUFE ZU FUß

☐ unter 15 Minuten

☐ unter 30 Minuten

☐ mehr als 30 Minuten

WEITERE BEMERKUNGEN

WIE HABEN SIE AGENTUR24 OSTALBKREIS GEFUNDEN ?

SIE WÜNSCHEN ALS NÄCHSTES

☐ Telefonischer Kontakt / Beratung

☐ Persönlicher Termin bei agentur24 Ostalbkreis (1.Stock, ohne Aufzug)

☐ Informationsmappe & Angebot per E-Mail
Wichtig: Ich werde innerhalb 24 Stunden auf Ihre Anfrage antworten. Bitte prüfen Sie auch Ihren Spam-Ordner, um sicherzustellen, dass Sie keine Informationen verpassen.

Pflichtfeld *

☐ Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und stimme zu. <https://www.agentur24ostalbkreis.de/datenschutz/>
Der Kontaktaufnahme per E-Mail, Post oder Telefon stimme ich zu.

Pflichtfeld *

☐

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen wahrheitsgemäß und vollständig sind.