

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Kontaktdaten

Name der Kontaktperson:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail – Adresse:

Adresse:

Verwandtschaftsverh. zwischen dem
Patienten und der Kontaktperson:

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Größe:

Gewicht:

Wohnt der Patient alleine?:

Pflegestufe

Pflegestufe: Keine 1 2 3

Beantragt: 1 2 3

Pflegedienst

Erfolgt z. Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst: ja nein

Wenn ja, soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden: ja nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Diagnosen/ Beeinträchtigungen:

Altersbedingte Gehschwäche	Asthma	Beginnende Demenz
Diabetes	Dekubitus	Demenz
Herzrhythmusstörung	Herzinsuffizienz	Hypertonie
Herzinfarkt	Osteoporose	Rheuma
Stoma	Inkontinenz	Alzheimer
Parkinson	Depression	Multiple Sklerose
		Chronische Durchfälle

Tumor/ Krebserkrankungen:

Schlaganfall, Beeinträchtigungen:

sonstige:

Allergien:

Kommunikation möglich?

Sprache:	gut	zeitweise	gar nicht möglich
Hörvermögen:	gut	zeitweise	gar nicht möglich
Sehkraft:	gut	zeitweise	gar nicht möglich

Hilfsmittel vorhanden?

Hörgerät

Brille

Orientierung vorhanden?

Zeitlich:	gut	zeitweise	gar nicht möglich
Örtlich:	gut	zeitweise	gar nicht möglich
Persönlich:	gut	zeitweise	gar nicht möglich

Bewegung

Selbstständig	mit Unterstützung	überwiegend im Rollstuhl	Bettlägerig
---------------	-------------------	--------------------------	-------------

Hilfsmittel vorhanden?

Rollstuhl

Rollator

Unterarmgehstützen

Transfer Bett/ Rollstuhl

Transfer Bett/ Rollstuhl:	Selbstständig	hilft mit	komplett hilfsbedürftig
Hilfsmittel vorhanden?	Pflegebett	Lift	Dekubitusmatratze:

Treppensteigen

	Selbstständig	mit Unterstützung	nicht möglich
Hilfsmittel vorhanden?			

Körperpflege

Körperpflege	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterst.
Gesicht				
Mundpflege/ Zahnprothese				
Oberkörper				
Gesäß/ Beine				
Intimpflege				
Haare kämmen/ waschen				
Rasieren				
Handpflege				
Fußpflege				

Baden/ Duschen

Selbstständig	braucht Hilfe	komplett hilfsbedürftig	Wöchentlich	Täglich
---------------	---------------	-------------------------	-------------	---------

Urinkontrolle

Urinkontrolle:	kontinent	teilweise inkontinent (z.B. nachts)	inkontinent
Hilfsmittel vorhanden?	Windeln Katheter	Vorlagen Bettpfanne	urinflasche suprapubischen Katheter

Stuhkontrolle

Stuhkontrolle:	kontinent	teilweise inkontinent (z.B. nachts)	inkontinent
Hilfsmittel vorhanden?	Windeln Katheter	Vorlagen Bettpfanne	urinflasche suprapubischen Katheter

Anforderungen und Rahmenbedingungen an die Betreuungskräfte

Geschlecht: Frau Mann egal

Qualifikation

diplomierte Fachkraft (Krankenpfleger(in) oder ähnlicher Beruf)

Betreuer(in)/Hauswirtschaftskraft mit Erfahrung

Alter

20 - 30 Jahre: 30 - 40 Jahre: 40 - 50 Jahre: älter als 50 Jahre: egal:

Sprachkenntnisse

gut (verstehet alles und kann sich gut ausdrücken, teilweise mit Akzent und grammatikalischen Fehlern)

befriedigend (verstehet Dinge des täglichen Lebens gut und kann sich hierzu ausdrücken, viele grammatikalische Fehler)

ausreichend (verstehet eingeschränkt und erst nach einiger Übung vor Ort alltägliche Dinge, kann sich nur begrenzt ausdrücken)

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an unsere Mitarbeiterin?

Führerschein: ja nein egal

Raucherin: ja nein egal

Charakter, Eigenschaften, Körperliche Belastbarkeit:

Rahmenbedingungen

Lage: Großstadt - zentral Großstadt – abgelegen

Kleinstadt Dorf Ländlich

Wohnsituation: Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

m²:

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß): ca. 10 min. ca. 20 min. ca. 40 min.

1 Stunde länger als 1 Stunde

Ausstattung des Zimmers für den/die Mitarbeiter/in

eigenes Bad: Bett: Tisch: Schrank: Radio: TV: Internetzugang:

Anmerkungen:

Arbeitspensum und Freizeitregelung

Nachteinsätze: nein ab und zu häufig jede Nacht

Freizeit

Freizeit: 2 Stunden pro Tag ½ -1 Tag pro Woche nach Absprache

Geplanter Beginn des Einsatzes:

Zusätzliche Voraussetzungen

Zusätzliche Voraussetzungen: Keine ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden?: ja nach Bedarf nein

Kochen/ Essenvorbereitung: immer gelegentlich nein

Waschen: immer gelegentlich nein

Bügeln: immer gelegentlich nein

Begleitung bei Arztbesuchen?: immer gelegentlich nein

Gibt es eine Haushaltshilfe?: nein gelegentlich

Wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz?:

Welche weitere Hilfe/Hilfen benötigt der Patient im Haushalt?

Was ist Ihnen außerdem noch wichtig? :