

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Kontaktdaten

Name der Kontaktperson:

Geburtsdatum:

Telefonnummer: Handynummer Festnetznummer

E-Mail – Adresse:

Adresse:

Verwandtschaftsverh. zwischen dem Patienten und der Kontaktperson:

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Größe:

Gewicht:

Wohnt der Patient alleine?: ja nein Wenn nein, mit wem?

Pflegestufe

Pflegegrad: Keine 1 2 3 4 5

Beantragt: Keine 1 2 3 4 5

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:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| | | <input type="checkbox"/> 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

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/ Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß/ Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen/ waschen	<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"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Baden / Duschen

Selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig Wöchentlich Täglich

Urinkontrolle

kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel vorhanden? Windeln Vorlagen Urinflasche

Katheter Bettpfanne suprapubischen Katheter

Stuhkontrolle

kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) inkontinent

An-/ auskleiden

Selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Essen/ Trinken

Selbstständig braucht Hilfe z. B. beim Schneiden komplett hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen

Keine hat Störungen PEG Sonde
Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät

Keine Ja (welche):

Ein- / Durchschlafen

Keine Probleme Sporadisch Schlaf-/Wachrhythmus gestört

Steht der Patient nachts auf? Nein 1 Mal 2-3 Mal mehr als 3 Mal

Braucht der Patient beim nächtlichen Aufstehen Hilfe? Ja Nein

Bekommt er/ sie Schlafmittel? Ja Nein

Aktuelle Therapien

keine Krankengymnastik Logopädie

Sonstige:

Wie ist der Patient von Wesen und Charakter?

kurze Beschreibung, Hobbys, Tagesablauf, Rituale (Aufstehen Zubettgehen), Sonstiges, Individuelle Hilfestellung

Anforderungen und Rahmenbedingungen an die Betreuungskräfte

Geschlecht: Frau Mann egal

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: nur deutsches TV auch polnisches TV

Internetzugang: WLAN USB-Stick Anderes, und zwar:

Anmerkungen:

