Aleksandra Bramowski

Telefon +49 152-33525145

Burgweg 63 · 58553 Halver

info@glueckauf-pflegebetreuung24.de

www.glueckauf-pflegebetreuung24.de

Fragebogen zur Bedarfsanalyse

Eine umfassende Bedarfsanalyse ist die Grundlage einer individuellen und liebevollen Betreuung zu Hause. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten sich Zeit zu nehmen und den Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Anhand Ihrer Angaben können wir ein erstes Kostenangebot unterbreiten und mit der Suche nach einer geeigneten Betreuungsperson beginnen.

Persönliche Angaben

Beginn der Leistung: ☐ Fixtermin ☐ circa-Angabe

Angaben zur betreuenden Person

Vorname ☐ Nachname ☐

Straße und Nr. ☐

PLZ ☐ Ort ☐

Telefonnummer ☐ Mobilnummer ☐

Geburtsdatum ☐

Größe (cm) ☐ Gewicht (kg) ☐

Lebt die zu betreuende Person alleine? ☐ ja ☐ nein

Mit wem lebt die zu betreuende Person zusammen? ☐

Benötigt die zweite Person auch Unterstützung? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, bitte einen zweiten Bedarfsfragebogen ausfüllen.

Angaben zur Kontaktperson

Vorname ☐ Nachname ☐

Straße und Nr. ☐

PLZ ☐ Ort ☐

Telefonnummer ☐ Mobilnummer ☐

E-Mail-Adresse ☐

Beziehungsebene zur betreuenden Person?

☐ Ehepartner/in ☐ Tochter/Sohn ☐ Enkel/in ☐ Gesetzl. Betreuer/in ☐ Andere

Fragen zu den gesundheitlichen Einschränkungen

Diagnosen

☐ Gehschwäche	☐ Asthma	☐ beginnende Demenz	☐ Diabetes
☐ Schlaganfall	☐ Osteoporose	☐ Demenz	☐ Diabetes insulinpflichtig
☐ Herzrhythmusstörung	☐ Rheuma	☐ Alzheimer	☐ Allergien
☐ Herzinsuffizienz	☐ Dekubitus	☐ Depression	☐ chronische Durchfälle
☐ Hypertonie	☐ Inkontinenz	☐ Parkinson	☐ Tumor
☐ Herzinfarkt	☐ Stoma	☐ Multiple Sklerose	☐ COPD

Sonstige Diagnosen

Einschränkungen in der Kommunikation

Sprache	☐ keine	☐ mäßige	☐ massive
Hörvermögen	☐ keine	☐ mäßige	☐ massive
Sehkraft	☐ keine	☐ mäßige	☐ massive
Hilfsmittel	☐ Trägt eine Brille	☐ Hat ein Hörgerät	

Anmerkungen

Einschränkungen in der Orientierung

Zeitliche	☐ keine	☐ gelegentlich	☐ massive
Örtliche	☐ keine	☐ gelegentlich	☐ massive
Persönliche	☐ keine	☐ gelegentlich	☐ massive
Situative	☐ keine	☐ gelegentlich	☐ massive
Bewusstsein (Gedächtnis)	☐ keine	☐ gelegentlich	☐ massive
Auswahl der Kleidung	☐ keine	☐ gelegentlich	☐ massive

Anmerkungen

Motorische Einschränkungen

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Hinlegen - Aufstehen				
Hinsetzen - Aufstehen				
Stehen				
Gehen				
Umgang mit Gehhilfen				
Umgang mit Rollstuhl				
Transfer (Umsetzen)				
Lagern im Bett (Umdrehen)				

Anmerkungen

Hilfsmittel

- Gehstock
- Rollator
- Patientenlifter
- Rollstuhl
- Toilettensitzerhöhung
- Toilettenstuhl
- Duschstuhl/-hocker
- Badewannenlifter
- Dekubitusmatratze
- Pflegebett
- Treppenlift

Anmerkungen

Körperpflege

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Waschen am Waschbecken				
Waschen im Bett				
Mund-/Zahn-/Protesenpflege				
Intim pflege n. Ausscheidung				
Haarpflege				
Rasieren				
Hautpflege				
Nagel-/Fußpflege				
Baden/Duschen				

Wie oft pro Woche?

Anmerkungen

Ausscheidungen

Harninkontinenz	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ immer
Stuhlinkontinenz	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ immer
Hilfsmittel	☐ Windeln	☐ Vorlagen	☐ Urinflasche
	☐ Katheter	☐ suprapubischer Katheter	☐ Sonstige

Anmerkungen

Nahrungsaufnahme

Probleme beim Essen	☐ ja	☐ nein
Kau-/ Schluckstörungen	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, welche?		
PEG-Sonde	☐ ja	☐ nein
Diätvorschriften	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, welche Diäten?		
Probleme beim Trinken	☐ ja	☐ nein
Trinkmenge	☐ normal	☐ braucht Anregung

Anmerkungen

Nachtruhe

Nachtruhe	von ca. ____ Uhr	bis ca. ____ Uhr	
Schläft durch?	☐ ja	☐ nein	
Wenn nein, steht wie häufig nachts auf?	☐ 1 Mal	☐ 2-3 Mal	☐ mehr als 3 Mal
Wenn nein, benötigt Unterstützung?	☐ ja	☐ nein	
Werden Schlafmittel eingenommen?	☐ ja	☐ nein	

Anmerkungen

Aktuelle Therapien

Befindet sich die zu betreuende Person in Therapie	☐ ja	☐ nein
☐ Physiotherapie	☐ Logopädie	☐ Ergotherapie

Sonstige Therapien

Freizeit & Beschäftigung

Tagesgestaltung	☐ selbstständig	☐ unter Anleitung	☐ unselbstständig
Kann sich beschäftigen	☐ selbstständig	☐ unter Anleitung	☐ unselbstständig

Ehemalige berufliche Tätigkeit

Hobby- & Interessenbeschreibung

Außenaktivitäten

Tagesrhythmus bestimmende Tätigkeiten

Medikamenteneinnahme

Einnahme erfolgt	☐ selbstständig	☐ unter Aufsicht	☐ unselbstständig

Wesen und Charakter

Wie ist die zu betreuende Person vom Wesen und Charakter? (lieb, ruhig, aufgeschlossen, anspruchsvoll o.ä.)

Ansteckende Krankheiten

Sind ansteckende Krankheiten oder Keime wie z.B. MRSA bekannt?	☐ ja	☐ nein	☐ unbekannt

Welche Krankheiten oder Keime?

Fragen zum Betreuungs- und Pflegeumfang

Pflegebedarf

Welchen Pflegegrad hat die zu betreuende Person?

☐ keine 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Wurde eine Erst- oder Höherstufung beantragt?

☐ keine 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Soll ein Pflegedienst in Anspruch genommen werden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Tätigkeiten soll der Pflegedienst erbringen?

Wenn ja, wie oft?

Geht die zu betreuende Person in eine Tagespflege? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie oft?

Werden sonstige Hilfsleistungen durch Dritte erbracht?

Bedarf an hauswirtschaftlicher Leistung

Gibt es eine zusätzliche Haushaltshilfe? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie oft soll sie zum Einsatz kommen und in welchem Umfang?

Welche Aufgaben sollen erbracht werden?

Einkaufen	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nie
Kochen	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nie
Abwaschen	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nie
Wäsche waschen	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nie
Bügeln	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nie
Putzen	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nie
Begleitung zum Arzt	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nie

Welche weitere Hilfe wird im Haushalt benötigt?

Haustierversorgung

Sollen Haustiere mitversorgt werden? ☐ ja ☐ nein ☐ nach Bedarf

Um welche Tiere handelt es sich?

Wohnsituation der zu betreuenden Person

Wohnlage

☐ Stadt - zentral ☐ Stadt - abgelegen ☐ Dorf ☐ ländlich

Wohnart

☐ Einfamilienhaus ☐ Mehrfamilienhaus ☐ Wohnung ☐ Sonstige

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.:

☐ unter 15 min. ☐ unter 30 min. ☐ mehr als 30 min.

Anmerkungen

Zusätzliche Ausstattung des Zimmers (Bett und Kleiderschrank und Bad-Mitbenutzung sind vorausgesetzt)

☐ eigenes Bad ☐ TV ☐ Internet/WLAN ☐ Internet-Stick

Anmerkungen

Private Telefonnutzung der Betreuungskraft wird wie folgt gewährt

☐ Festnetz (10 EUR/Monat) ☐ Countryflat (ca. 5 EUR/Monat) ☐ Betreuerhandy (10 EUR/Monat)

Anmerkungen

Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht

- [ ] keine Präferenz
- [ ] Frau
- [ ] Mann

Sprachkenntnisse

- [ ] Kategorie I — Kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen. *(Entspricht etwa A1 des Europäischen Referenzrahmens)*
- [ ] Kategorie II — Kann sich in bekannten Situationen in einfachen Worten verständigen. *(Entspricht etwa A2 des Europäischen Referenzrahmens)*
- [ ] Kategorie III — Kann klare Sprache verstehen und sich in einfachen Worten ausdrücken. *(Entspricht etwa B1 des Europäischen Referenzrahmens)*

Führerschein

- [ ] keine Präferenz
- [ ] ja, mit Fahrpraxis
- [ ] nein

Wenn Auto vorhanden

- [ ] Schaltgetriebe
- [ ] Automatikgetriebe

Marke/Modell

Alter in Jahren

- [ ] keine Präferenz
- [ ] Alterswunsch
- [ ] 20-30
- [ ] 40-50
- [ ] 30-40
- [ ] älter als 50

Erwartungen

Welche Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

Zum Schluss freuen wir uns auf einen Hinweis, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind?

Empfehlung durch

☐ Arzt ☐ Pflegedienst ☐ Pflegeberatung ☐ Freunde / Bekannte

Name des Empfehlenden (wenn eine Empfehlung durch Arzt, Pflegedienst oder Pflegeberatung erfolgte)

Werbung

☐ Internet ☐ Suchmaschine ☐ Zeitung ☐ Ratgeber

☐ Radio ☐ Außenwerbung

Andere

Unterschrift

☐ Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die Glückauf Pflegebetreuung24, die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, einzusehen unter: https://www.glueckauf-pflegebetreuung24.de/datenschutzerklaerung/.
Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden, geben Sie nur anonym an unmittelbar beteiligte Partnerunternehmen weiter und schützen Sie durch angemessene technische und organisatorische Maßnahmen.
Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der Glückauf Pflegebetreuung24 kontaktiert zu werden.

☐ Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift/Signatur (Vor- und Nachname)

Gerne beraten wir Sie telefonisch
(Servicezeiten montags bis freitags von 9.00 bis 20.00 Uhr und
samstags von 9.00 bis 16.00 Uhr):

+49 1 52 - 33 52 51 45

Sie können uns den Fragebogen postalisch oder per E-Mail zukommen lassen.

POST: Glückauf Pflegebetreuung24
Burgweg 63
58553 Halver

E-MAIL: info@glueckauf-pflegebetreuung24.de

Aleksandra Bramowski
Telefon +49 152-33525145
Burgweg 63 · 58553 Halver
info@glueckauf-pflegebetreuung24.de
www.glueckauf-pflegebetreuung24.de