



Fragebogen für die Bedarfsermittlung

Anreise der Pflegekraft

Frühestens: _____ Spätestens: _____

- Kurzzeitbetreuung bis 8 Wochen
- Dauerhafte Betreuung
- Datum noch offen

Angaben zur Pflegeperson

Vor- und Nachname: _____

Angaben zur Kontaktperson

Titel: _____

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon Festnetz: _____

Telefon Mobil: _____

E-Mail Adresse: _____

Beziehung zur Pflegeperson: _____

Größe / Gewicht: _____

Vertragspartner

- Betreuungsperson
- Kontaktperson

Pflegegrad

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

Charakter

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

Haushaltssituation

- Die Person lebt alleine
- Die Person lebt mit einer weiteren Person zusammen (nicht pflegebedürftig)
- Die Person lebt mit einer weiteren Person zusammen (auch pflegebedürftig)

Wichtig: Für jede pflegebedürftige Person bitte einen eigenen Fragebogen ausfüllen.

Reinigungskraft

- Nein
- Ja (wird beendet)
- Ja (bleibt weiterhin bestehen)

Gesundheitliche Einschränkungen / Diagnosen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Diabetes (Insulin) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Tabletten) | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Hypotonie |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Allergien | |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

Demenz / Orientierungslosigkeit

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Leicht |
| <input type="checkbox"/> Mittel | <input type="checkbox"/> Schwer |
- Orientierungsprobleme in Bezug auf Zeit & Ort

Einschränkungen – Kommunikation

- Sprechen: keine mäßig massiv
- Hören: keine mäßig massiv
- Sehen: keine mäßig massiv

Hilfsmittel – Kommunikation

- Brille
- Hörgerät
- Zahnprothesen

Inkontinenz

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Harninkontinent |
| <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinent | <input type="checkbox"/> Windeln |
| <input type="checkbox"/> Windelhosen | <input type="checkbox"/> Katheter (Harnröhre) |
| <input type="checkbox"/> Katheter (Bauchdecke) | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Einlagen |

Medikamentengabe

- Pflegeempfänger richtet selbst
- Angehörige richten
- Pflegedienst richtet
- 1x wöchentlich in Wochendosierer

Pflegedienst

Kommt weiterhin ein Pflegedienst?

- Ja, für folgende Tätigkeiten: _____
- Nein

Tagespflege

Besucht die pflegebedürftige Person eine Tagespflege?

- Nein
- Ja – bitte Wochentage und Uhrzeiten angeben: _____

Hilfsmittel

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Badewannenlift |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Duschstuhl |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Patientenlift | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät | |
| <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | <input type="checkbox"/> Inkontinenzmaterial | | |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | | | |

Hilfe bei der Grundversorgung

- Zum Trinken animieren
- Essen verabreichen
- Medikamente anweisen
- Hilfe beim Toilettengang
- Körperpflege im Bett
- Hilfe beim Duschen
- Hilfe beim Baden
- Hilfe beim An- und Auskleiden
- Hilfe bei der Körperpflege

Hilfe im Haushalt

- Reinigungsarbeiten
- Kleidung herrichten
- Inkontinenzversorgung
- Lagern bei Bettlägerigkeit
- Gemeinsame Spiele & Gesellschaft
- Wäsche waschen / bügeln
- Betten beziehen
- Leichte Gartenpflege
- Haustierpflege
- Pflegeempfänger einbeziehen

Hilfe bei der Mobilität

- Spaziergänge
- Zur Bewegung motivieren
- Transfer/Heben von und in den Rollstuhl: Pflegeempfänger hilft aktiv mit (kann stehen)
 - Pflegekraft übernimmt vollständig
 - Keine Hilfe erforderlich

Gehen

- Kann sich selbstständig ohne Hilfsmittel fortbewegen
- Unterstützung beim Gehen
- Geht alleine am Rollator
- Geht mit Unterstützung am Rollator
- Unterstützung beim Treppensteigen
- Begleitung zu Terminen
- Café- & Restaurantbesuche

Schlafen & Ruhen

- Gut
- Einschlafen erschwert
- Durchschlafen erschwert
- Schlaf-/Wachrhythmus gestört
- Schlafmedikation
- Mittagschlaf

Nächteinsätze

- Keine
- 1 Mal pro Nacht
- 2–3 Mal pro Nacht
- Mehr als 3 Mal pro Nacht
- Selten

Ernährung

- Normal
- Bioprodukte
- Salzarm
- Gehoben
- Vegetarisch
- Diät
- Günstig

Tagesstruktur

- Morgens
- Mittags
- Nachmittags
- Abends
- Nachts

Gewohnheiten, Hobbys & Interessen

Bitte tragen Sie hier besondere Gewohnheiten, Vorlieben oder Hobbys ein:

Wohnsituation der zu betreuenden Person

Wohnlage:

- Stadt – zentral
- Stadt – abgelegen
- Dorf/Gemeinde – ländlich

Wohnart:

- Einfamilienhaus
- Wohnung
- Garten

Erschwerte Wohnbedingungen:

- Alleinlage
- Ausschließlich mit Holz heizen
- Andere: _____

WLAN/Internet vorhanden: Ja Nein

Zimmer / Ausstattung für die Pflegekraft

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eigene Wohnung | <input type="checkbox"/> Eigenes Bad |
| <input type="checkbox"/> Bad Mitbenutzung | <input type="checkbox"/> Bett mit Bettzeug |
| <input type="checkbox"/> Tisch mit Stuhl | <input type="checkbox"/> Schrank |
| <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> Fahrrad | <input type="checkbox"/> Wird schnellstmöglich eingerichtet |

Freizeit / Pausenregelung

- Pflegeempfänger kann alleine bleiben
- Familie übernimmt Betreuung in Absprache
- Externe Dienstleister/Bekannte übernehmen die Betreuung (z. B. Tagespflege)
- Pausen von 2–3 Stunden täglich werden ermöglicht

Pflegekraft – Deutschkenntnisse

- 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
- Egal

Pflegekraft – Alter

- bis 40 Jahre
- 40–50 Jahre
- 50–60 Jahre
- 60–65 Jahre
- nicht relevant

Pflegekraft – Rauchen

- Nein
- Ja, aber nur draußen
- nicht relevant

Pflegekraft – Führerschein

- Nein
- Ja – Schaltgetriebe
- Ja – Automatikgetriebe
- nicht relevant

Einkäufe

Wer erledigt die Einkäufe?

- Pflegekraft
- Familie
- Gemeinsam

Einkäufe zu Fuß erreichbar:

- unter 15 Minuten
- unter 30 Minuten
- mehr als 30 Minuten

Weitere Bemerkungen

Sie wünschen als Nächstes:

- Telefonischer Kontakt / Beratung
- Persönlicher Termin bei Pflegeagentur Bayern (nach Vereinbarung)
- Informationsmappe & Angebot per E-Mail

Hinweis: Ich werde innerhalb von 24 Stunden auf Ihre Anfrage antworten. Bitte prüfen Sie auch Ihren Spam-Ordner, um sicherzustellen, dass Sie keine Informationen verpassen.

Pflichtfelder – Zustimmung

- Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und stimme zu.
- Ich stimme der Kontaktaufnahme per E-Mail, Post oder Telefon zu.
- Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Pflegeagentur Bayern – Carmen Schmidt

Telefon: 089 70099633

E-Mail: carmen.schmidt@24h-pflegeagentur-bayern.de

Web: www.24h-pflegeagentur-bayern.de