

Fragebogenformular zur Bedarfsermittlung

Bitte lesbar ausfüllen.

Anfrage durch:

Familie/Name/Vorname:
Verhältnis zur hilfsbedürftigen
Person(Personen):
Straße/Hausnummer:
Postleitzahl/Wohnort:
Telefonnummer zu Hause:
Mobil:
E-Mail:
Fax:
Notfalltelefonnummer:
Ab wann soll die Betreuung
stattfinden?:
Geplanter Betreuungsdauer:
Wer wird Vertragspartner
(Rechnungsempfänger):

Anforderungen an die Betreuungskraft:

Geschlecht:

- ☐ Frau
☐ Mann
☐ egal
☐ Ehepaar

Alter:

--

Deutschkenntnisse:

- ☐ schlecht
☐ ausreichend
☐ kommunikativ
☐ gut
☐ sehr gut

Führerschein notwendig?:

- ☐ Ja ☐ Nein

Darf geraucht werden?:

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Draußen

Nachteinsätze erforderlich:

- ☐ Ja ☐ Nein

Müssen Haustiere mitversorgt
werden?:

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja welche?:

--

Gartenarbeit notwendig?:

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja welche?:

--

Sonstige Anforderungen:

--

Ihre Vorstellungen zur
Freizeitregelung:

--

Was Ihnen noch wichtig
erscheint:

--

Rahmenbedingungen:

Lage:

(Großstadt,Kleinstadt,Dorf)

--

Beschreibung der Unterkunft für
die Betreuungskraft:

--

Beschreibung der
Einkaufsmöglichkeiten:

--

Angaben zur hilfsbedürftigen Person:

Herr/Frau Name/Vorname:

--

Straße/Hausnummer:

--

Postleitzahl/Wohnort:

--

Telefonnummer:

--

Geburtsdatum:

--

Größe und Gewicht:

--

Pflegestufe(wenn ja welche):

--

Ist ein Pflegedienst beauftragt:

☐ Ja ☐ Nein

Wird der Pflegedienst weiterhin
beschäftigt?

☐ Ja ☐ Nein

Welche Leistungen erbringt der
Pflegedienst?:

--

Wohnt die hilfsbedürftige Person
allein ? ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Personen im Haushalt:

--

Diagnosen:

(Bitte kurz beschreiben z.B. : starke Demenz)

Demenz:

--

Parkinson:

--

Alzheimer:

--

Depressionen:

--

altersbedingte Gehschwäche:

--

Osteoporose:
 Rheuma:
 Dekubitus:
 Herzerkrankungen:
 Schlaganfall:
 Krebserkrankungen:
 Allergien:
 Sonstige Beeinträchtigungen:

Mobilität:

Gehen/Spazieren

- ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe
☐ meistens im Rollstuhl ☐ bettlägerig

Treppensteigen:

- ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ unmöglich

Toilettengänge:

- ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ unmöglich

Zu Bett gehen:

- ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ unmöglich

An und Auskleiden:

- ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ unmöglich

Rollator:

- ☐ Ja ☐ Nein

Rollstuhl:

- ☐ Ja ☐ Nein

Lift:

- ☐ Ja ☐ Nein

Pflegebett:

- ☐ Ja ☐ Nein

Dekubitusmatraze:

- ☐ Ja ☐ Nein

Kommunikationsfähigkeit:

Erkennen von Personen:

- ☐ Ja ☐ Nein

Zeitorientierung:

- ☐ Ja ☐ Nein

Raumorientierung:

- ☐ Ja ☐ Nein

Sprache:

- ☐ Ja ☐ Nein

Sehkraft.

- ☐ Ja ☐ Nein

Hörvermögen:

- ☐ Ja ☐ Nein

Schlafprobleme:

- ☐ Ja ☐ Nein

Hilfsmittel(wenn ja welche):

--

Körperpflege:

Baden/Duschen:

- ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ unmöglich

Gesicht:

- ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ unmöglich

Mundpflege:

- ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ unmöglich

Handpflege:

- ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ unmöglich

Rasieren:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ unmöglich
Haare waschen/kämmen:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ unmöglich
Oberkörper:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ unmöglich
Intimbereich:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ unmöglich
Unterkörper:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ unmöglich
Fußpflege:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ unmöglich

Nahrungsaufnahme:

Essen: ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe

Trinken: ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe

Urin und Stuhlkontrolle:

Urinkontrolle:	☐ kontinent	☐ teilweise kontinent	☐ inkontinent
Stuhlkontrolle:	☐ kontinent	☐ teilweise kontinent	☐ inkontinent
Windeln:	☐ Ja	☐ Nein	
Vorlagen:	☐ Ja	☐ Nein	
Katheder:	☐ Ja	☐ Nein	
Suprapubischen Katheder:	☐ Ja	☐ Nein	
Bettpfanne::	☐ Ja	☐ Nein	
Urinflasche:	☐ Ja	☐ Nein	

Sonstiges:

Wesen und Charakter der hilfebedürftigen Person:

Tagesabläufe:

Hobbys:

Gewohnheiten:

Aktuelle Therapien:

Was Ihnen noch wichtig
erscheint:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?