

## Fragebogen zur Bedarfsermittlung

### 1. Angaben zum Auftraggeber

Vorname/Name

Verwandtschaftsgrad

Strasse

PLZ/ORT

Email

Telefon/Telefax

### 2. Angaben zur Betreuenden Person

Vorname/Name

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Strasse

PLZ/ORT

Telefon

Pflegebeginn ab

### 1. Pflegegrad

Pflegegrad  kein  0  1  2  3  4  5  
Pflegegrad

## 2. Vorerkrankungen

- |                                      |                                       |                                 |  |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Diabetes     | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Inkontinenz     |
| <input type="checkbox"/> Depression  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Stoma           |
| <input type="checkbox"/> Allergien   | <input type="checkbox"/> Parkinson    | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |

## 3. Hilfeleistung

- |  |                                |                                  |   |
|--|--------------------------------|----------------------------------|---|
| Hilfestellung bei Mobilität?           | <input type="checkbox"/> ja    | <input type="checkbox"/> nein    |   |
| Demenz vorhanden?                      | <input type="checkbox"/> ja    | <input type="checkbox"/> nein    |   |
| Körperpflege/Wäsche ?                  | <input type="checkbox"/> ja    | <input type="checkbox"/> nein    |   |
| Hilfe bei Nahrungsaufnahme?            | <input type="checkbox"/> ja    | <input type="checkbox"/> nein    |   |
| Diät erforderlich?                     | <input type="checkbox"/> ja    | <input type="checkbox"/> nein    |   |
| Einlagen / Windeln?                    | <input type="checkbox"/> ja    | <input type="checkbox"/> nein    |   |
| Orientierungslos?                      | <input type="checkbox"/> ja    | <input type="checkbox"/> nein    | <input type="checkbox"/> gelegentlich   |
| Kann sich der Bedürftige artikulieren? | <input type="checkbox"/> ja    | <input type="checkbox"/> nein    | <input type="checkbox"/> eingeschränkt  |
| Höreinschränkungen des Bedürftigen?    | <input type="checkbox"/> ja    | <input type="checkbox"/> nein    | <input type="checkbox"/> etwas          |
| Hilfe bei An- und Auskleiden?          | <input type="checkbox"/> ja    | <input type="checkbox"/> nein    | <input type="checkbox"/> manchmal       |
| Sind täglich Nachteinsätze notwendig?  | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> 1-2 Mal | <input type="checkbox"/> mehr als 2 Mal |
| Unterstützung beim Aufstehen?          | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> etwas   | <input type="checkbox"/> schweres Heben |

Sonstige Anmerkungen

#### 4. Angaben zur Betreuungskraft und Qualifikation

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> irrelevant
Alter	<input type="checkbox"/> 30-40	<input type="checkbox"/> 40-50	<input type="checkbox"/> >50
Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut
Raucher/in	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> egal
Führerschein notwendig?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstige Anregungen

---

Besteht eine Wohnmöglichkeit im Haushalt?  ja  nein

(Es sollte zur Wahrung der Privatsphäre der Betreuungskraft und zur Erholung ein Zimmer mit Zugang zu Duschkabine vorhanden sein. (Bett, Schrank, ggf. Radio, TV)

falls, ja welche?

---

Gibt es im Haus einen Internetanschluss?  ja  nein

Muss eine 2-te Person mitversorgt werden?  ja  nein

Sind Einkaufsmöglichkeiten fußläufig erreichbar?  ja  nein

Ist ein Haustier mitzuversorgen?  ja  nein

falls, ja welches Haustier?

---

## 5. Was soll die Betreuungskraft erledigen?

- |  |  |                                      |   |
|--|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kochen            | <input type="checkbox"/> waschen         | <input type="checkbox"/> bügeln      | <input type="checkbox"/> Pflanzenversorgung |
| <input type="checkbox"/> Arztbesuche       | <input type="checkbox"/> spazieren gehen | <input type="checkbox"/> Auto fahren | <input type="checkbox"/> einkaufen gehen    |
| <input type="checkbox"/> Wohnungsreinigung |  |                                      |   |

## 6. Weitere Informationen die sie uns mitteilen möchten. Vielleicht zum Wesen Ihres Angehörigen.

---

---

In Kürze erhalten Sie von uns ein Angebot

---