

# Ihr Ansprechpartner für Rückfragen

Ansprechpartner: **Markus Rönsch**

Rückfragen unter: **0261 - 39 05 10 60**

## Fragebogen zur Bedarfsanalyse

### 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?

Wenn ja, bitte einen zweiten Bedarfsfragebogen ausfüllen.

ja

nein

### 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

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

Anmerkungen

## Körperpflege

selbstständig      bedingt selbstständig      teilweise unselbstständig      unselbstständig

Waschen am Waschbecken  
Waschen im Bett  
Mund-/Zahn-/Prothesenpflege  
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?	<input type="checkbox"/>	1 Mal	<input type="checkbox"/>	2-3 Mal	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Mal
Wenn nein, benötigt Unterstützung?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Werden Schlafmittel eingenommen?		ja		nein	

Anmerkungen

## Aktuelle Therapien

Befindet sich die zu betreuende Person in Therapie	ja	nein	
	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> 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?

## 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

## Nationalität

keine Präferenz	Polen	Ungarn
Rumänien	Slowakei	Bulgarien
Tschechien	Kroatien	Slowenien

## Geschlecht

keine Präferenz	Frau	Mann
-----------------	------	------

## Sprachkenntnisse

keine Präferenz		
Geringe	Mittlere	Gute

## Führerschein

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

Wenn Auto vorhanden

Schaltgetriebe  Automatikgetriebe

Marke/Modell

## Alter in Jahren

keine Präferenz		
Alterswunsch	<input type="checkbox"/> 20-30 <input type="checkbox"/> 30-40	<input type="checkbox"/> 40-50 <input type="checkbox"/> älter als 50

## Raucher/in

keine Präferenz (geraucht wird grundsätzlich im Außenbereich)

ja  nein (Raucher nicht erwünscht)

Wenn ja, handelt es sich um einen Raucherhaushalt?

ja  nein

## 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 Brinkmann Pflegevermittlung die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, einzusehen unter: <http://www.brinkmann-pflegevermittlung.de/datenschutzerklaerung/>.

Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der Brinkmann Pflegevermittlung kontaktiert zu werden.

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

Datum, Unterschrift/Signatur (Vor- und Nachname)

