Fragebogen zur Bedarfsermittlung

UNVERBINDLICHE BEDARFSERMITTLUNG ZUR KOSTENEINSCHÄTZUNG

Mit diesem Fragebogen möchten wir Ihre Betreuungssituation besser einschätzen und Ihnen eine möglichst genaue, unverbindliche Kostenkalkulation erstellen.

Das Ausfüllen des Fragebogens ist unverbindlich und stellt keinen Vertragsabschluss dar.

Ein Vertrag wird erst abgeschlossen, wenn Ihnen eine geeignete Betreuungskraft vorgestellt wurde, Sie diese akzeptiert haben und sich für die Betreuung entscheiden.

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Je genauer Ihre Angaben sind, desto besser können wir den Betreuungsbedarf einschätzen und eine passende Betreuungskraft für Sie finden.

Den ausgefüllten Fragebogen können Sie per E-Mail oder Post an uns zurücksenden:

E-Mail: kontakt@lebensbruecke-pflege.de

Lebensbrücke Pflege

Am Alten Gymnasium 6

41747 Viersen

Sie möchten den Fragebogen nicht allein ausfüllen?

Gerne kommen wir zu Ihnen nach Hause und füllen den Fragebogen gemeinsam mit Ihnen aus. Sprechen Sie uns einfach an.

Datenschutzhinweis

Bitte beachten Sie die separaten Datenschutzhinweise und senden Sie die unterschriebene Einwilligungserklärung zusammen mit dem Fragebogen an uns zurück.

Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Name:	
Vorname:	
PLZ, Ort des Betreuungsortes	
Geburtsjahr:	
Größe und Gewicht	
Wohnt die Person alleine?	○ ✓ ○ ✗

Kontaktperson für diese Anfrage

Name:	
Vorname:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse :	

Angaben zur gesundheitlichen Situation und zum Betreuungsbedarf

Pflegegrad

Aktueller Pflegegrad:	
Beantragter Pflegegrad:	

Pflegedienst

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst?	
Wie oft täglich?	
Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden?	
Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:	

Diagnosen

Herzinfarkt:	○ ✓ ○ ✗	chronischer Durchfall:	○ ✓ ○ ✗
Multiple Sklerose:	○ ✓ ○ ✗	Niereninsuffizienz:	○ ✓ ○ ✗
Schlaganfall:	○ ✓ ○ ✗	Osteoporose:	○ ✓ ○ ✗
Depression:	○ ✓ ○ ✗	Hypertonie:	○ ✓ ○ ✗
Parkinson:	○ ✓ ○ ✗	Hypotonie:	○ ✓ ○ ✗
Diabetes:	○ ✓ ○ ✗	Dekubitus:	○ ✓ ○ ✗
Asthma:	○ ✓ ○ ✗	beginnende Demenz:	○ ✓ ○ ✗
Rheuma (z. B. Arthritis):	○ ✓ ○ ✗	Inkontinenz:	○ ✓ ○ ✗
Herzrhythmusstörung:	○ ✓ ○ ✗	Arthrose (Gelenkverschleiß):	○ ✓ ○ ✗
reduzierter Allgemeinzustand:	○ ✓ ○ ✗	Demenz (z. B. Alzheimer):	○ ✓ ○ ✗
Herzinsuffizienz:	○ ✓ ○ ✗	Krebs:	○ ✓ ○ ✗
Altersbedingte Gehschwäche:	○ ✓ ○ ✗	Lähmung:	○ teilweise ○ vollständig
insulinpflichtiger Diabetes:	○ ✓ ○ ✗	Stoma:	○ ✓ ○ ✗
Allergien:		Behinderungen:	
ansteckende Krankheiten:		Sonstige:	

Kommunikationsprobleme

Sprache:	○ keine	○ mäßige	○ massive Probleme
Hören:	○ keine	○ mäßige	○ massive Probleme
Sehen:	○ keine	○ mäßige	○ massive Probleme

Hörgerät:	○ ✓	○ ✗
Brille:	○ ✓	○ ✗

Orientierungsprobleme

Zeitliche:	○ keine	○ zeitweise	○ massive Probleme
Örtliche:	○ keine	○ zeitweise	○ massive Probleme
Persönliche:	○ keine	○ zeitweise	○ massive Probleme

Mobilität und Selbstständigkeit

Gehen:	○ selbstständig	○ mit Unterstützung	○ bettlägerig
Treppensteigen:	○ selbstständig	○ mit Unterstützung	○ hilfsbedürftig
An-/Auskleiden:	○ selbstständig	○ mit Unterstützung	○ hilfsbedürftig
Transfer Bett/Rollstuhl:	○ selbstständig	○ mit Unterstützung	○ hilfsbedürftig
Toilettengang:	○ selbstständig	○ mit Unterstützung	○ hilfsbedürftig
Toilettenstuhl:	○ selbstständig	○ mit Unterstützung	○ hilfsbedürftig
Urinflasche:	○ selbstständig	○ mit Unterstützung	○ hilfsbedürftig

Körperpflege

Gesicht:	○ selbstständig	○ unter Anleitung	○ komplette Übernahme
Mundpflege:	○ selbstständig	○ unter Anleitung	○ komplette Übernahme
Oberkörper:	○ selbstständig	○ unter Anleitung	○ komplette Übernahme
Gesäß/Beine:	○ selbstständig	○ unter Anleitung	○ komplette Übernahme
Intimpflege:	○ selbstständig	○ unter Anleitung	○ komplette Übernahme
Haare kämmen:	○ selbstständig	○ unter Anleitung	○ komplette Übernahme
Haare waschen:	○ selbstständig	○ unter Anleitung	○ komplette Übernahme
Handpflege:	○ selbstständig	○ unter Anleitung	○ komplette Übernahme
Fußpflege:	○ selbstständig	○ unter Anleitung	○ komplette Übernahme
Rasieren:	○ selbstständig	○ unter Anleitung	○ komplette Übernahme

Essen und Trinken

Essen:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ hilfsbedürftig
Trinken:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ hilfsbedürftig
Kau-/Schluckstörungen:	◯ keine	◯ Störungen	◯ Sonde
	◯ Nahrungskarenz	◯ Trinkkarenz	
Ernährungszustand:	◯ normal	◯ Übergewicht	◯ Untergewicht
Diät:			
Sonstige:			

Urinkontrolle und Stuhlkontrolle

Urinkontrolle:	◯ kontinent	◯ teilweise inkontinent	◯ inkontinent
Stuhlkontrolle:	◯ kontinent	◯ teilweise inkontinent	◯ inkontinent
Hilfsmittel:	◯ Windeln	◯ Vorlagen	◯ Urinflasche
	◯ Katheter	◯ suprapubischer Katheter	◯ Toilettenstuhl

Baden und Duschen

Durchführung:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständig hilfsbedürftig
	◯ Körperpflege im Bett		
Häufigkeit:	◯ täglich	◯ wöchentlich	◯ mehrmals pro Woche

Schlafen

Einschlafen:	◯ keine Probleme	◯ eingeschränkt	◯ starke Störungen
Durchschlafen:	◯ keine Probleme	◯ eingeschränkt	◯ starke Störungen
Nächtliches Aufstehen:	◯ 1-mal	◯ 2- bis 3- mal	◯ mehr als 3- mal
Benötigt die Person Unterstützung durch eine Betreuungskraft?		◯ ✓	◯ ✗
Wenn ja, in welchen Bereichen?			
Erhält die Person Schlafmittel?		◯ ✓	◯ ✗

Pflegehilfsmittel

Pflegebett: ○ ✓ ○ ✗	Lift: ○ ✓ ○ ✗	Dekubitusmatratze: ○ ✓ ○ ✗
Rollator: ○ ✓ ○ ✗	Treppenlift: ○ ✓ ○ ✗	Badewannenlift: ○ ✓ ○ ✗
Drehscheibe: ○ ✓ ○ ✗	Lagerungshilfen: ○ ✓ ○ ✗	Steckbecken: ○ ✓ ○ ✗
Bettgitter: ○ ✓ ○ ✗	Hausnotruf: ○ ✓ ○ ✗	Gehstock: ○ ✓ ○ ✗
Rollstuhl: ○ ✓ ○ ✗	Duschstuhl: ○ ✓ ○ ✗	Sonstige:

Aktuelle Therapien

○ keine	○ Krankengymnastik	○ Logopädie
Aktuelle Medikamente:		
Sonstige:		

Rahmenbedingungen

Wohnlage		Wohnsituation	
Wohnfläche (qm):			
Supermarkt (zu Fuß)	○ ca.10 min.	○ ca.20 min.	○ mehr als 1 Stunde
Werden größere Einkäufe von der Familie übernommen?	○ ✓	○ ✗	
Bemerkungen:			

Persönliche Angaben / Charakterbeschreibung

Eigenschaften (z. B. ruhig, gesellig, aktiv):
Freizeitgestaltung / Hobbys:

Lieblingsgerichte:
Vorlieben und Gewohnheiten:
Was sollte die Betreuungskraft im Umgang mit der Person besonders beachten?
Sonstiges:

Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht:	○ Frau	○ Mann	○ keine Präferenz
Alter:	○ 20-29	○ 30-49	○ ab 50 Jahren
Deutschkenntnisse:	○ Grundkenntnisse	○ kommunikativ	○ gut
Führerschein:	○ ja	○ nein	○ egal
Rauchen:	○ Nichtraucher	○ Rauchen nur im Freien	○ egal
Nachteinsätze:	○ ja	○ selten	○ regelmäßig
Wechsel:	○ alle 4 Wochen	○ alle 6 Wochen	○ individuell vereinbar
Dauer:	○ kurzfristig(bis zu 2Monate)	○ mittelfristig(2–6Monate)	○ langfristig(über 6Monate)

Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft

eigenes Bad: ○ ✓ ○ ✗	Radio: ○ ✓ ○ ✗	Tisch: ○ ✓ ○ ✗
Schrank: ○ ✓ ○ ✗	Internet: ○ ✓ ○ ✗	Medien: ○ ✓ ○ ✗
Bett: ○ ✓ ○ ✗	TV: ○ ✓ ○ ✗	
Bemerkungen:		

Zusätzliche Aufgaben im Haushalt

Haustiere:	○ ✓	○ ✗
Sollen die Haustiere mitversorgt werden?		
Waschen:		
Bügeln:		
Kochen:		
Essensvorbereitung:		
Begleitung bei Arztbesuchen:		
Einkäufe:		
Gibt es eine Haushaltshilfe?	○ ✓	○ ✗

Tagesablauf

Morgens:	Aufstehen um ☐ Uhr	– Möglichkeit, morgens länger zu schlafen ○ ✓ ○ ✗	Baden/Duschen: ○ ✓ ○ ✗
Vormittags:			
Mittags:			
Nachmittags:			
Abends:	Zu Bett gehen um ☐ Uhr	Baden/Duschen: ○ ✓ ○ ✗	

Gibt es feste Routinen im Tagesablauf (z. B. Fernsehen, Lesen)?