

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

I. Angaben zur 1. betreuungsbedürftigen Person

Geschlecht Frau Mann

Geburtsjahr:

Postleitzahl:

Voraussichtlicher Betreuungsbeginn:

Betreuungsdauer: langfristig 1 Monat bis zu 3 Monaten

Gewicht: **Größe:**

Raucher /in Nein Ja

Pflegegrad Nein Ja *Wenn ja,* 0 1 2 3 4 5

Ist ein Pflegedienst beauftragt? Ja Nein

Pflegedienst soll weiterhin kommen? Ja Nein

Wenn ja, wie oft und wofür?

Gesundheitsbild:

Hat der Patient Schlaganfall erlitten? Ja Nein

Wenn ja, welche sind die Folgeerscheinungen?

Liegt eine Demenz bei der zu betreuende Person vor? Ja Nein

Wenn ja, welches Stadium?

Fremd-/ Eigengefährdung? Ja Nein

Weglauff Tendenz? Ja Nein

Liegen sonstige Erkrankungen vor?

Allergien Asthma Altersschwäche Alzheimer Bluthochdruck Dekubitus

Diabetes Depression Herzkrank. Lähmung MS Patient Osteoporose

Parkinson Rheuma Tumor Krebs

Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Dauerkatheter künstlicher Darmausgang

Andere Erkrankungen?

Problemen in der Kommunikation:

Sprache keine mäßige massive

Hörvermögen keine mäßige massive

Sehkraft keine mäßige massive

Orientierungsproblemen:

Zeitlich keine mäßige massive

Örtlich keine mäßige massive

Persönlich keine mäßige massive

Mobilität:

selbständig Gehstock Krücke Rollator Rollstuhl

überwiegend im Rollstuhl Patient ist meistens im Bett Patient bettlägerig

Kann die Person das Bett ohne Hilfe verlassen? Ja Nein

Wenn nein, dann braucht Anleitung komplette Unterstützung

Vorhandene Hilfsmittel: Pflegebett Bettlift Drehscheibe (Aufstehhilfe)

Toilettenstuhl Treppenlift Badewannenlift/Duschlift

Kann die Toilette selbständig aufgesucht werden? Ja Nein

PFLEGE ZU HAUSE 24 STUNDEN

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Körperhygiene:

- Benötigt die zu betreuende Person Hilfe bei der Körperpflege? Ja Nein
Sind Hilfestellungen beim Baden und Duschen notwendig? Ja Nein
Müssen Windeln oder Einlagen gewechselt werden? Ja Nein

Essen/Trinken

- selbständig braucht Hilfe komplette Unterstützung

Kau- u. Schluckstörungen keine PEG Sonde Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät: keine wenn ja, welche.....

Ein- und Durchschlafen

- keine Probleme sporadisch Schlaf-/ Wachrythmus gestört

Wenn ja, wie oft steht der Patient in der Nacht auf? 1Mal 2-3Mal mehr als 3Mal

Wenn ja, welche Hilfe braucht der Patient? (z. Bsp. bei Toilettengang)

Beschreibung der Person

Bitte eine kurze Beschreibung der zu betreuenden Person, hinsichtlich der Charaktereigenschaften, das Hobby oder eventuellen Abneigungen bei:

Ich versichere, dass die Angaben zur betreuungsbedürftigen Person/-en vollständig und richtig sind.

Unvollständige oder unrichtige Angaben können zu Mehrkosten oder Vertragskündigung führen.

Sollte sich der Gesundheitszustand der betreuungsbedürftigen Person verschlechtern, der Betreuungsaufwand (z Bsp. Nachteinsätze) sich erhöhen oder die Einstufung in einem höheren Pflegegrad erfolgen, verpflichte ich mich umgehend die Angaben zu aktualisieren und dem Vermittler bzw. dem Dienstleister die aktualisierten Angaben mitzuteilen.

Mit dem ausfüllen und abschicken des Fragebogens akzeptiere ich die AGB`s von Pflege zu Hause 24 Stunden.

Ort, Datum

Unterschrift

PFLEGE ZU HAUSE 24 STUNDEN

Dipl.-Betriebswirt (FH) Tiberius Sztolar
Findelwiesenstr 31, 90478 Nürnberg
www.pflegezuhause24stunden.de

Telefon: 0911 – 48 64 358
Mobil: 0176 - 99 67 09 69
Email: kontakt@pflegezuhause24stunden.de

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Angaben zur 2. betreuungsbedürftigen Person

Geschlecht Frau Mann

Geburtsjahr:

Postleitzahl:

Voraussichtlicher Betreuungsbeginn:

Betreuungsdauer: langfristig 1 Monat bis zu 3 Monaten

Gewicht: **Größe:**

Raucher /in Nein Ja

Pflegegrad Nein Ja *Wenn ja,* 0 1 2 3 4 5

Ist ein Pflegedienst beauftragt? Ja Nein

Pflegedienst soll weiterhin kommen? Ja Nein

Wenn ja, wie oft und wofür?

Gesundheitsbild:

Hat der Patient Schlaganfall erlitten? Ja Nein

Wenn ja, welche sind die Folgeerscheinungen?

Liegt eine Demenz bei der zu betreuende Person vor? Ja Nein

Wenn ja, welches Stadium?

Fremd-/ Eigengefährdung? Ja Nein

Weglauff Tendenz? Ja Nein

Liegen sonstige Erkrankungen vor?

Allergien Asthma Altersschwäche Alzheimer Bluthochdruck Dekubitus

Diabetes Depression Herzkrank. Lähmung MS Patient Osteoporose

Parkinson Rheuma Tumor Krebs

Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Dauerkatheter künstlicher Darmausgang

Andere Erkrankungen?

Problemen in der Kommunikation:

Sprache keine mäßige massive

Hörvermögen keine mäßige massive

Sehkraft keine mäßige massive

Orientierungsproblemen:

Zeitlich keine mäßige massive

Örtlich keine mäßige massive

Persönlich keine mäßige massive

Mobilität:

selbständig Gehstock Krücke Rollator Rollstuhl

überwiegend im Rollstuhl Patient ist meistens im Bett Patient bettlägerig

Kann die Person das Bett ohne Hilfe verlassen? Ja Nein

Wenn nein, dann braucht Anleitung komplette Unterstützung

Vorhandene Hilfsmittel: Pflegebett Bettlift Drehscheibe (Aufstehhilfe)

Toilettenstuhl Treppenlift Badewannenlift/Duschlift

Kann die Toilette selbständig aufgesucht werden? Ja Nein

PFLEGE ZU HAUSE 24 STUNDEN

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Körperhygiene:

Benötigt die zu betreuende Person Hilfe bei der Körperpflege? Ja Nein

Sind Hilfestellungen beim Baden und Duschen notwendig? Ja Nein

Müssen Windeln oder Einlagen gewechselt werden? Ja Nein

Essen/Trinken

selbständig braucht Hilfe komplette Unterstützung

Kau- u. Schluckstörungen keine PEG Sonde Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät: keine wenn ja, welche.....

Ein- und Durchschlafen

keine Probleme sporadisch Schlaf-/ Wachrythmus gestört

Wenn ja, wie oft steht der Patient in der Nacht auf? 1Mal 2-3Mal mehr als 3Mal

Wenn ja, welche Hilfe braucht der Patient? (z. Bsp. bei Toilettengang)

Beschreibung der Person

Bitte eine kurze Beschreibung der zu betreuenden Person, hinsichtlich der Charaktereigenschaften, das Hobby oder eventuellen Abneigungen bei:

Ich versichere, dass die Angaben zur betreuungsbedürftigen Person/-en vollständig und richtig sind.

Unvollständige oder unrichtige Angaben können zu Mehrkosten oder Vertragskündigung führen.

Sollte sich der Gesundheitszustand der betreuungsbedürftigen Person verschlechtern, der Betreuungsaufwand (z Bsp. Nachteinsätze) sich erhöhen oder die Einstufung in einem höheren Pflegegrad erfolgen, verpflichte ich mich umgehend die Angaben zu aktualisieren und dem Vermittler bzw. dem Dienstleister die aktualisierten Angaben mitzuteilen.

Mit dem ausfüllen und abschicken des Fragebogens akzeptiere ich die AGB`s von Pflege zu Hause 24 Stunden.

Ort, Datum

Unterschrift

PFLEGE ZU HAUSE 24 STUNDEN

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

II. Erwartungen an die Qualifikation der Betreuungskraft

Die Betreuungskraft

- Gewünschte Qualifikation: keine Erfahrung erforderlich erfahrene Betreuerin ausgebildete Fachkraft
- Verfügbare Deutschkenntnisse: Grundkenntnisse (Note 4-5) mittlere DK (Note 3) gute DK (Note 1-2)
- Ist die Kommunikation auch in einer anderen Sprache möglich? Nein Ja, auf.....
- Bevorzugte Altersgruppe: Nein Ja, zwischen.....
- Würde auch ein männlicher Pfleger in Frage kommen? Ja Nein
- Gültiger COVID 19 Impf- oder Genesenen-Nachweis Ja Egal
- Sollte die Betreuungskraft einen PKW-Führerschein besitzen? Ja Nein Wäre gut, nicht zwingend notwendig
- Ist das Rauchen außerhalb des Hauses gestattet? Ja Nein

Welche Erwartungen und Vorstellungen haben Sie an die Betreuungskraft?

III. Die Stelle

Die zu betreuende Person lebt in einer/einem: Wohnung Haus in Stadt Kleinstadt Dorf

Haustier:

Das Zimmer der Betreuungsperson hat folgende Ausstattung:

- Internet Bett Schrank Tisch Radio TV eigenes Bad Balkon

Weitere Person/en im Haushalt

Befindet sich eine weitere Person im Haushalt? Ja Nein

Wenn ja, benötigt diese Person auch Unterstützung im Haushalt? Ja Nein

Wenn ja, benötigt diese Person auch Pflege und Betreuung? Ja Nein

Wenn ja, bitte noch einmal Punkt I. Angabe zum Patienten/-in ausfüllen

Dieser Fragebogen dient zur Bedarfsermittlung und wird, als Leistungsbeschreibung, Bestandteil eines voraussichtlich zukünftigen Vermittlungsvertrags und Dienstleistungsvertrags. Mit dem ausfüllen des Fragebogens, gehen Sie keinerlei Verpflichtungen ein, es entstehen auch keine Kosten für Sie.

Ich stimme zu, dass meine Angaben und Daten zur Bearbeitung meiner Anfrage elektronisch erhoben und gespeichert, sowie an Kooperationspartnern von Pflege zu Hause 24 Stunden, zwecks Auftragsbearbeitung, weitergeleitet werden. Hinweis: Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an kontakt@pflegezuhaeuse24stunden.de widerrufen.

Mit dem ausfüllen und abschicken des Fragebogens akzeptiere ich die AGB`s von Pflege zu Hause 24 Stunden.

Ort Datum Unterschrift

- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung..... Internet
 Flyer Zeitung sonstige

PFLEGE ZU HAUSE 24 STUNDEN

Dipl.-Betriebswirt (FH) Tiberius Sztolar
Findelwiesenstr 31, 90478 Nürnberg
www.pflegezuhaeuse24stunden.de

Telefon: 0911 – 48 64 358
Mobil: 0176 - 99 67 09 69
Email: kontakt@pflegezuhaeuse24stunden.de