

Ihr Ansprechpartner für Rückfragen

Ansprechpartner:

Rückfragen unter:

Fragebogen zur Bedarfsanalyse



Persönliche Angaben

Beginn der Leistung:

Angaben zur betreuenden Person

Vorname:

Nachname:

Strasse und Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer

Handynummer

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?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte einen zweiten Bedarfsfragebogen aus-

Angaben zur Kontaktperson

Vorname:

Nachname:

Strasse und Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer

Handynummer

E-Mail Adresse

Beziehungsebene zur betreuende Person?

Ehepartner/in

Tochter/Sohn

Enkel/in

Gesetzl. Betreuer/in

andere

Fragen zu den gesundheitlichen Einschränkungen

Diagnosen

Gehschwäche	Asthma	beginnende Demenz	Diabetes
Schlaganfall	Osteoporose	Demenz	Diabetis insulinpflichtig
Herzrythmusstörung	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

	selbständig	bedingt selbständig	teilweise unselbständig	unselbständig
Hinlegen - Aufstehen				
Hinsetzen - Aufstetzen				
Stehen				
Gehen				
Umgang mit Gehilfen				
Umgang mit Rollstuhl				
Transfer (Umsetzen)				
Lagen in Bett (Umdrehen)				
Anmerkungen				

Hilfsmittel	Gehstock	Toilettensitzerhöhung	Dekubitusmatratze
	Rollator	Toilettenstuhl	Pflegebett
	Patientenlifter	Duschstuhl/-hocker	Treppenlift
	Rollstuhl	Badewannenlifter	
Anmerkungen			

Körperpflege

	selbständig	bedingt selbständig	teilweise unselbständig	unselbständig
Waschen am Waschbecken				
Waschen im Bett				
Mund-/Zahn-/Protesenpflege				
Intim pflege n. Ausscheidung				
Haarpflege				
Rasieren				
Hautpflege				
Nagel-/Fußpflege				
Baden/Duschen				
Wie oft pro Woche?				
Anmerkungen				

Harninkontinenz	keine	mäßige	massive
Stuhlinkontinenz	keine	mäßige	massive
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	Ja	Nein
Anmerkungen		

Nachtruhe

Nachtruhe			
Schläft durch?	Ja	Nein	
Wenn nein, steht wie häufig nachts auf?		1-mal	2-mal mehr als 3-mal
Wenn nein, benötigt Unterstützung?		Ja	Nein
Werden Schlafmittel eingenommen?		Ja	Nein
Anmerkungen			

Werden Schlafmittel eingenommen?

Befindet sich die zu betreuende Person in Therapie	keine	Nein
	Physiotherapie	Logopädie
		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 Anleitung	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

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

Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht

keine Präferenz Frau Mann

Führerschein

keine Präferenz Ja, mit Fahrpraxis Nein

Alter in Jahren

keine Präferenz 20-30 40-50
Alterswunsch 30-40 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 Martelli-Care24 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.martelli-care24.de/datenschutzerklaerung/>.

Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der Martelli-Care24 kontaktiert zu werden.

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

Datum, Unterschrift/Signatur (Vor- und Nachname)