

## Anleitung zum Ausfüllen des Bedarfsfragebogens

Um unabhängig von verschiedenen Browsern und den jeweiligen Versionen zu sein, füllen Sie diese Bedarfsanalyse bitte erst nach dem Download aus. Damit stellen wir sicher, dass keine Informationen verloren gehen und wir Ihre Anfrage schnellstmöglich bearbeiten können.



- **Bitte speichern Sie dieses PDF zunächst auf Ihrem Rechner!**
- Anschließend können Sie das PDF öffnen und in jedem gängigen Reader-Programm (z. B. Adobe Acrobat) bearbeiten und abspeichern.
- Damit wir all Ihre Informationen bekommen, schicken Sie uns den Fragebogen gerne als PDF per E-Mail zu.  
Ihr Kontakt: [m.martelli@martelli-care24.de](mailto:m.martelli@martelli-care24.de) oder [info@martelli-care24.de](mailto:info@martelli-care24.de)

Falls Sie Rückfragen haben oder etwas nicht funktioniert, melden Sie sich gerne telefonisch unter +49 151 / 58 70 24 35 oder +49 157 / 51 60 41 28.


Vielen Dank und beste Grüße,  
Ihr Team von Martelli-Care24

### Ihr/e Ansprechpartner/in für Rückfragen:

Name

Kontakt

 Daimlerstraße 30  
50170 Kerpen (bei Köln)

 +49 2237 / 6 03 46 70  
+49 151 / 58 70 24 35

 [info@martelli-care24.de](mailto:info@martelli-care24.de)  
[martelli-care24.de](mailto:martelli-care24.de)

# Persönliche Angaben



Beginn der Leistung

## Angaben zur betreuenden Person

Vorname

Ort

Geburtsdatum

Nachname

Handynummer

Größe (cm)

Postleitzahl

Telefonnummer

Gewicht (kg)

Straße und Nr.

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

Kontaktperson für Rechnungen und Schriftverkehr:

Versand per:

E-Mail

Post

## Kontaktperson(en)

### Angaben zur Kontaktperson 1

Vorname

Postleitzahl

Handynummer

Nachname

Ort

Telefonnummer

Straße und Nr.

E-Mail-Adresse

Beziehungsebene zur betreuenden Person

Ehepartner/in

Tochter/Sohn

Enkel/in

gesetzl. Betreuer/in

Schwiegertochter/  
Schwiegersohn

Nichte/Neffe

andere

### Angaben zur Kontaktperson 2 (optional)

Vorname

Postleitzahl

Handynummer

Nachname

Ort

Telefonnummer

Straße und Nr.

E-Mail-Adresse

Beziehungsebene zur betreuenden Person

Ehepartner/in

Tochter/Sohn

Enkel/in

gesetzl. Betreuer/in

Schwiegertochter/  
Schwiegersohn

Nichte/Neffe

andere

# Fragen zu den gesundheitlichen Einschränkungen

## Diagnosen

Gehschwäche	Asthma	beginnende Demenz	Diabetes
Schlaganfall	Osteoporose	Demenz	Diab. 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:

# Fragen zu den gesundheitlichen Einschränkungen



**Motorische Einschränkungen**      selbstständig      bedingt selbstständig      teilweise un selbstständig      unselbstständig

- Hinlegen – aufstehen
- Hinsetzen – aufsetzen
- Stehen
- Gehen
- Umgang mit Gehilfen
- Umgang mit Rollstuhl
- Transfer (umsetzen)
- Lagern in Bett (umdrehen)

Anmerkungen:

Bettlägerig:      ja      nein      Mobilisierung bei Bettlägerigkeit erwünscht?      ja      nein

**Hilfsmittel:**

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

**Körperpflege**      selbstständig      bedingt selbstständig      teilweise unselbstständig      unselbstständig

- Waschen am Waschbecken
- Waschen im Bett
- Mund-/Zahn-/Protesenpflege
- Intimpflege n. Ausscheidung
- Haarpflege
- Rasieren
- Hautpflege
- Nagel-/Fußpflege
- Baden/Duschen

# Fragen zu den gesundheitlichen Einschränkungen



## Körperpflege

Wie oft pro Woche duschen?

Anmerkungen zur Körperpflege

Harninkontinenz	keine	mäßige	massive
Stuhlinkontinenz	keine	mäßige	massive
Hilfsmittel	Windeln	Katheter	suprapubischer Katheter
	Urinflasche	Vorlagen	sonstige

Anmerkungen:

## Nahrungsaufnahme

Probleme beim Essen      ja      nein      Kau-/Schluckstörungen      ja      nein

Wenn ja, welche Kau-/Schluckstörungen

PEG-Sonde      ja      nein      Diätvorschriften      ja      nein

Wenn ja, welche Diäten?

Probleme beim Trinken      ja      nein      Trinkmenge

Anmerkungen:

## Nachtruhe

von      bis      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:

**Befindet sich die zu betreuende Person in Therapie?**      ja      nein

Physiotherapie      Logopädie      Ergotherapie      sonstige:

## Freizeit und Beschäftigung

Tagesgestaltung	selbstständig	unter Anleitung	unselbstständig
Kann sich beschäftigen	selbstständig	unter Anleitung	unselbstständig

Ehemalige berufliche Tätigkeit

Hobby- & Interessenbeschreibung,  
 Außenaktivitäten

Tagesrhythmus  
 bestimmende Tätigkeiten

### Wesen und Charakter

Wie ist die zu betreuende Person vom  
 Wesen und Charakter? (lieb, ruhig,  
 aufgeschlossen, anspruchsvoll o.ä.)

## Sonstiges

### Medikamenteneinnahme

Einnahme erfolgt	selbstständig	unter Anleitung	unselbstständig
------------------	---------------	-----------------	-----------------

### Ansteckende Krankheiten

Sind ansteckende Krankheiten oder Keime wie z. B. MRSA bekannt?	ja	nein	unbekannt
--	----	------	-----------

Welche Krankheiten oder Keime?

# Pflege- und Versorgungsbedarf

## Pflegebedarf

Welchen Pflegegrad hat die zu betreuende Person?

keinen    1    2    3    4    5

Wurde eine Erst- oder Höherstufung beantragt?

nein    1    2    3    4    5

Soll ein Pflegedienst in Anspruch genommen werden?

ja    nein

Wenn ja, welche Tätigkeiten sollen erbracht werden?

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?



## Pflege- und Versorgungsbedarf

### Haustierversorgung

Sollen Haustiere mitversorgt werden? ja nein

Um welche Tiere handelt es sich?

### 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, Kleiderschrank und Bad-Mitbenutzung werden vorausgesetzt)

eigenes Bad

TV

Internet/WLAN

Internet-Stick

Anmerkungen:

## Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht	keine Präferenz	Frau	Mann
Alter in Jahren	keine Präferenz	20–30	30–40
	40–50	älter als 50	Alterswunsch
Raucher/in	ja	nein	keine Präferenz (geraucht wird grundsätzlich im Außenbereich)
Wenn ja, handelt es sich um einen Raucherhaushalt?	ja	nein	
Geimpft gegen COVID19	ja	nein	keine Präferenz

### Erwartungen

Welche Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

## Abschluss

**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: [www.martelli-care24.de/datenschutzerklaerung](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)