

# Fragebogen - Bedarfsermittlung



agentur24 Ostalbkreis | Mail: [info@agentur24ostalbkreis.de](mailto:info@agentur24ostalbkreis.de)

**ANREISE DER PFLEGEKRAFT  
FRÜHESTENS**

**ANREISE DER PFLEGEKRAFT  
SPÄTESTENS**

**ANREISE DER PFLEGEKRAFT**

Datum noch offen

**DAUER DER BETREUUNG**

Kurzzeitbetreuung bis 8 Wochen

Dauerhafte Betreuung

**ANGABEN ZUR PFLEGEPERSON**

**ANGABEN ZUR KONTAKTPERSON**

Vor-, Nachname

Vor- und  
Nachname

Titel

Titel

Geburtsdatum

Straße | Hausnr.

Straße, Hausnr.

PLZ + Ort

PLZ, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

Telefon Mobil

E-Mail Adresse

E-Mail Adresse

Beziehung zur  
Pflegeperson

Größe | Gewicht



## VERTRAGSPARTNER

 Betreuungsperson Kontaktperson

## PFLEGEGRAD

Sie können mehrere Optionen auswählen.

 Keiner Beantragt PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

## CHARAKTER

Sie können mehrere Optionen auswählen.

 Lieb Dankbar Gesellig Traurig Ablehnend Bestimmend Aggressiv

## WIE VIELE PERSONEN LEBEN IM HAUSHALT

 Die Person lebt alleine Die Person lebt mit einer weiteren Person zusammen. Die 2. Person ist **nicht** pflegebedürftig.  
(Hauswirtschaft wird für beide erbracht) Die Person lebt mit einer weiteren Person zusammen. Die 2. Person ist **auch** pflegebedürftig.  
(Hauswirtschaft und Grundpflege werden für beide erbracht)  
**WICHTIG: Für jede pflegebedürftige Person bitte einen Fragebogen ausfüllen.**

## HABEN SIE BEREITS EINE REINIGUNGSKRAFT \* WELCHE TÄTIGKEITEN

 Nein Ja (wird beendet) Ja (bleibt weiterhin bestehen) \*

## GESUNDHEITLICHE EINSCHRÄNKUNGEN | DIAGNOSEN

Sie können mehrere Optionen auswählen.

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Gehschwäche
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> Hypotonie (niedriger Blutdruck)
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Dekubitus
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS)
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Diabetes (Tabletten)
<input type="checkbox"/> Diabetes (Insulin)	<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> <input type="text" value="Andere"/>	

## SONSTIGES

## ORIENTIERUNGSLOS

<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Personen	<input type="radio"/> Zeit & Ort
----------------------------	--------------------------------	----------------------------------

## DEMENZ

<input type="radio"/> Keine	<input type="radio"/> Leicht	<input type="radio"/> Mittel	<input type="radio"/> Schwer
-----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

## EINSCHRÄNKUNGEN - KOMMUNIKATION

	keine	mäßig	massiv
Sprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hören	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## HILFSMITTEL - KOMMUNIKATION

Sie können mehrere Optionen auswählen.

Brille

Hörgerät

Zahnprothesen

## INKONTINENZ

Sie können mehrere Optionen auswählen.

Keine

Harninkontinent

Stuhlinkontinent

Einlagen

Windeln

Windelhosen

Urinflasche

Katheter (Bauchdecke)

Katheter (Harnröhre)

Stoma

## MEDIKAMENTE WERDEN GERICHTET

1x wöchentlich in Wochendosierier

Pflegeempfänger

Angehörige

Pflegedienst

## KOMMT WEITERHIN EIN PFLLEGEDIENST? FÜR WELCHE TÄTIGKEITEN?

## BESUCHT DIE PFLEGEPERSON EINE TAGESPFLEGE ? (WELCHE TAGE + UHRZEIT)

## HILFSMITTEL

<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Badewannenlift	<input type="checkbox"/> Duschstuhl	<input type="checkbox"/> Patientenlift
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Sauerstoff
<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe
<input type="checkbox"/> Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/> Andere <input type="text"/>		

## HILFE BEI DER GRUNDVERSORGUNG

Sie können mehrere Optionen auswählen.

<input type="checkbox"/> Kochen	<input type="checkbox"/> Zum Trinken animieren	<input type="checkbox"/> Essen verabreichen
<input type="checkbox"/> Medikamente anweisen	<input type="checkbox"/> Kleidung herrichten	<input type="checkbox"/> Hilfe beim An- und Auskleiden
<input type="checkbox"/> Hilfe beim Toilettengang	<input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung	<input type="checkbox"/> Hilfe bei der Körperpflege
<input type="checkbox"/> Körperpflege im Bett	<input type="checkbox"/> Lagern bei Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Gemeinsame Spiele & Gesellschaft
<input type="checkbox"/> Hilfe beim Duschen	<input type="checkbox"/> Hilfe beim Baden	

## HILFE IM HAUSHALT

Sie können mehrere Optionen auswählen.

<input type="checkbox"/> Reinigungsarbeiten	<input type="checkbox"/> Wäsche waschen / bügeln
<input type="checkbox"/> Betten beziehen	<input type="checkbox"/> Haustierpflege
<input type="checkbox"/> Leichte Gartenpflege	<input type="checkbox"/> Pflegeempfänger einbeziehen

## HILFE BEI DER MOBILITÄT

Sie können mehrere Optionen auswählen.

Spaziergänge

Cafe' & Restaurantbesuche

Zur Bewegung motivieren

Begleitung zu Terminen

## TRANSFER/HEBEN VON UND IN DEN ROLLSTUHL

Keiner

Pflegeempfänger hilft aktiv mit (kann stehen)

Übernimmt komplett die Pflegekraft

## GEHEN

Sie können mehrere Optionen auswählen.

Kann sich selbstständig ohne Hilfsmittel fortbewegen

Unterstützung beim Gehen

Geht alleine am Rollator

Geht mit Unterstützung am Rollator

Unterstützung beim Treppensteigen

## SCHLAFEN & RUHEN

Sie können mehrere Optionen auswählen.

Gut

Einschlafen erschwert

Durchschlafen erschwert

Schlafmedikation

Schlaf-/ Wachrhythmus gestört

Mittagschlaf

## NACHTEINSÄTZE

Keine Selten 1 Mal pro Nacht 2 - 3 Mal pro Nacht mehr als 3 Mal pro Nacht

## ERNÄHRUNG

 Normal Günstig Gehoben Bioprodukte Vegetarisch Salzarm Diät

## TAGESSTRUKTUR

Morgens

Mittags

Nachmittags

Abends

Nachts

## GEWOHNHEITEN | HOBBIES | INTERESSEN |

## WOHNSITUATION DER ZU BETREUENDEN PERSON

### WOHNLAGE

 Stadt - zentral Stadt - abgelegen Dorf/Gemeinde

ländlich

### WOHNART

Sie können mehrere Optionen auswählen.

Einfamilienhaus

Wohnung

Garten

### ERSCHWERTE WOHNBEDINGUNGEN

Sie können mehrere Optionen auswählen.

Alleinlage

Ausschließlich mit Holz heizen

Andere

### WLAN/ INTERNET

Vorhanden

Wird schnellstmöglich eingerichtet

### PFLEGEKRAFT - ZIMMER/ WOHNUNG

Sie können mehrere Optionen auswählen.

Eigene Wohnung

Eigenes Bad

Bad Mitbenutzung

Bett mit Bettzeug

Schrank

Tisch mit Stuhl

TV

Radio

Fahrrad

### PFLEGEKRAFT - FREIZEIT

**Wichtig: Pausen von 2-3 Stunden sind vorausgesetzt.**

Pflegeempfänger kann alleine bleiben

Familie übernimmt die Betreuung in Absprache mit der Pflegekraft

Externe Dienstleister/Bekannte übernehmen die Betreuung (z.B. Tagespflege)

## PFLEGEKRAFT - DEUTSCHKENNTNISSE

(Bitte max. 2)

Grundstufe (einzelne Wörter, Verständigung mit Übersetzungs-App)

Mittelstufe (einfacher Wortschatz, im Alltag verständlich)

Fortgeschritten (erweiterter Wortschatz, Kommunikation am Telefon möglich)

Fließend (umfassender Wortschatz)

## PFLEGEKRAFT - GESCHLECHT

weiblich

männlich

nicht relevant

## PFLEGEKRAFT - ALTER

Sie können mehrere Optionen auswählen.

bis 40 Jahre

40-50

50-60

60-65

nicht relevant

## PFLEGEKRAFT - RAUCHEN

nein

ja, aber nur draußen

nicht relevant

## PFLEGEKRAFT - FÜHRERSCHEIN

Sie können mehrere Optionen auswählen.

Nein

Ja

Schaltgetriebe

Automatikgetriebe

## EINKÄUFE

Pflegekraft

Familie

Zusammen

## EINKÄUFE ZU FUß

unter 15 Minuten

unter 30 Minuten

mehr als 30 Minuten

## WEITERE BEMERKUNGEN

## WIE HABEN SIE AGENTUR24 OSTALBKREIS GEFUNDEN ?

## SIE WÜNSCHEN ALS NÄCHSTES

Telefonischer Kontakt / Beratung

Persönlicher Termin bei agentur24 Ostalbkreis (1.Stock, ohne Aufzug)

Informationsmappe & Angebot per E-Mail  
**Wichtig:** Ich werde innerhalb 24 Stunden auf Ihre Anfrage antworten. Bitte prüfen Sie auch Ihren Spam-Ordner, um sicherzustellen, dass Sie keine Informationen verpassen.

## Pflichtfeld \*

Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und stimme zu. <https://www.agentur24ostalbkreis.de/datenschutz/>  
Der Kontaktaufnahme per E-Mail, Post oder Telefon stimme ich zu.

**Pflichtfeld \***

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen wahrheitsgemäß und vollständig sind.