

Bitte senden Sie den ausgefüllten Erfassungsbogen

an p-h Es En. 245, Iten@ge0 g Es, :



Fragebogen zur Bedarfsanalyse

Persönliche Angaben

Beginn der Leistung: Fixtermin circa-Angabe

Angaben zum Patienten

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Straße und Nr.	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Mobilnummer	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>	Gewicht (kg)	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Größe (cm)	<input type="text"/>		

Lebt die zu betreuende Person alleine? Ja Nein

Mit wem lebt die zu betreuende Person zusammen?

Benötigt die zweite Person auch Unterstützung? Ja Nein

Angaben zur Kontaktperson/Rechnungsempfänger

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Straße und Nr.	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Mobilnummer	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>		
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>		

Beziehungsebene zur zu betreuenden Person?

Ehepartner/in Tochter/Sohn Enkel/in Gesetzl. Betreuer/in Andere

Fragen zu den gesundheitlichen Einschränkungen

Diagnosen

<input type="checkbox"/> Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> beginnende Demenz	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflicht
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> schwere Demenz	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> chronische Durchfälle
<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Tumor
<input type="checkbox"/> Herzinfakt	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> COPD

Sonstige Diagnosen

Einschränkungen in der Kommunikation

Sprache	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive
Hörvermögen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive
Sehkraft	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Trägt eine Brille	<input type="checkbox"/> Hat ein Hörgerät	

Anmerkungen

Pflegegrad:

Einschränkungen in der Orientierung

Zeitliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive
Örtliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive
Persönliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive
Situative	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive
Bewusstsein, Gedächtnis	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive
Auswahl der Kleidung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive

Anmerkungen

Mobilität generell

Selbstständig Leicht gehbehindert Rollator Rollstuhl Bettlägrig

Treppensteigen

Selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Mobilität – Bett/Rollstuhl/Bett	Vorhandene Hilfsmittel	Andere Hilfsmittel
<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Rollator	
<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	
<input type="checkbox"/> Komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> Dekubitus-Matratze	
<input type="checkbox"/> Bettlägrig (kein Transfer)	<input type="checkbox"/> Lift	
	<input type="checkbox"/> Pflegebett	

Urinkontrolle

	Hilfsmittel	Stuhlkontrolle
<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> kontinent
<input type="checkbox"/> teilweise kontinent	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> teilweise kontinent
<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> inkontinent
	<input type="checkbox"/> Katheder	
	<input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheder	

An-/Auskleiden

selbstständig mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

Körperpflege	selbstständig	teilw. unselbstständig	unselbstständig
Waschen am Waschbecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahn-/Prothesepflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege nach Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagel-/Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nahrungsaufnahme

Probleme beim Essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kau-/Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diätvorschriften	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Diäten?		
Probleme beim Trinken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trinkmenge	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> braucht Anregung
Anmerkungen		

Nachtruhe von ca. [redacted] Uhr bis ca. [redacted] Uhr

Schl鋗t durch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn nein, steht wie h鋗ig nachts auf?	<input type="checkbox"/> 1 Mal	<input type="checkbox"/> 2-3 Mal	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Mal
Wenn nein, ben鰐igt Unterstutzung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Werden Schlafmittel eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anmerkungen	<hr/> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		

Wesen und Charakter des Patienten

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and Economic Development at 515-294-6450 or research@iastate.edu.

Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

Geschlecht	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann
Sprachkenntnisse	<input type="checkbox"/> keine Präferenz		
	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> gute
Führerschein	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> ja, mit Fahrpraxis	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Auto vorhanden	<input type="checkbox"/> Schaltgetriebe	<input type="checkbox"/> Automatikgetriebe	
	Marke/Modell		

Raucher/in

EWEMei diEu en
 EWat ei IEuM nesWnMedngt s 5ti Eu 5ei
 enn EWEndelt ea as 5 u esnen
 ? Eu 5ei5Eua5Elt ja nein

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

Tagesstruktur

Morgens:

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

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 "Avena Smart doo" die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet.

Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von "Avena Smart doo" kontaktiert zu werden.

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

Datum, Unterschrift/Signatur (Vor- und Nachname)

Abschließende Bemerkungen/Pflegegrad: