



Bitte senden Sie den ausgefüllten Erfassungsbogen
per E-Mail an: 24h.Altenpflege@gmail.com

Fragebogen zur Bedarfsanalyse

Persönliche Angaben

Beginn der Leistung:

Fixtermin circa-Angabe

Angaben zum Patienten

Vorname

Nachname

Straße und Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer

Mobilnummer

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

Angaben zur Kontaktperson/Rechnungsempfänger

Vorname

Nachname

Straße und Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

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 insulinpflichtig |
| <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"/> Herzinfarkt | <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

Selbständig Leicht gehbehindert Rollator Rollstuhl Bettlägrig

Treppensteigen

Selbständig mit Unterstützung nicht möglich

Mobilität – Bett/Rollstuhl/Bett

Selbständig
 Mit Unterstützung
 Komplett hilfsbedürftig
 Bettlägrig (kein Transfer)

Vorhandene Hilfsmittel

Rollator
 Rollstuhl
 Dekubitus-Matratze
 Lift
 Pflegebett

Andere Hilfsmittel**Urinkontrolle**

kontinent
 teilweise kontinent
 inkontinent

Hilfsmittel

Windeln
 Vorlagen
 Urinflasche
 Katheder
 Suprapubischer Katheder

Stuhlkontrolle

kontinent
 teilweise kontinent
 inkontinent

An-/Auskleiden

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

Nachtruhe

von ca. Uhr bis ca. Uhr

| | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| Schläft durch | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Wenn nein, steht wie häufig nachts auf? | <input type="checkbox"/> 1 Mal | <input type="checkbox"/> 2-3 Mal | <input type="checkbox"/> mehr als 3 Mal |
| Wenn nein, benötigt Unterstützung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Werden Schlafmittel eingenommen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Anmerkungen | <input type="text"/> | | |

Wesen und Charakter des Patienten

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 | <input type="text"/> | | |

Raucher/in ja, aber draußen ja, ist erlaubt nein, unbedingt NichtraucherWenn ja, handelt es sich um einen
Raucherhaushalt? ja nein**Haustierversorgung**Sollen Haustiere
mitversorgt werden? ja neinUm 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: