

# Bedarfsfragebogen

Bitte senden Sie den Bedarfsbogen:  
per Post an: Vilsendorfer Str. 2, 33739 Bielefeld  
per Mail an: anfrage@lichtblickpflege-alltagsbegleiter.de  
per Fax: 05206-705 19 89

## 1. Rahmendaten und persönliche Angaben

### Angaben zur Kontaktperson

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>	Hausnummer:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
E-Mail Adresse:	<input type="text"/>		
Beziehung zur pflegebedürftigen Person:	<input type="text"/>		

### Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>	Hausnummer:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Größe:	<input type="text"/>	Gewicht:	<input type="text"/>
Wer wohnt mit im Haushalt:	<input type="text"/>		

## 2. Pflegeeinstufung und gesundheitlicher Zustand

### Pflegegrad

1    2    3    4    5    Ohne    Beantragt

### Ambulanter Pflegedienst

Erfolgt aktuell eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst?    Ja    Nein

Wollen Sie künftig einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen?    Ja    Nein

### Welche Tätigkeiten übt der Pflegedienst aus?

### Medizinische Angaben

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Depression                 | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose     | <input type="checkbox"/> Diabetes              |
| <input type="checkbox"/> Tumor                      | <input type="checkbox"/> Allergien             | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall               | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz      |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt           | <input type="checkbox"/> Asthma                |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus                  | <input type="checkbox"/> Osteoporose           | <input type="checkbox"/> Rheuma                |
| <input type="checkbox"/> Stoma                      | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung       | <input type="checkbox"/> Demenz                |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                  | <input type="checkbox"/> Parkinson             |  |
| <input type="checkbox"/> Bettlägerig                |  |  |

### Ansteckende Krankheiten

Sind ansteckende Krankheiten vorhanden (z.B. MRSA):    Ja    Nein

Falls ja, dann welche:

### Kommunikations- und Wahrnehmungsprobleme

Hörvermögen:    keine    mäßige    erhebliche Probleme

Sehkraft:    keine    mäßige    erhebliche Probleme

Sprache:    keine    mäßige    erhebliche Probleme

Hilfsmittel:

## Orientierung

Zeitlich:	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Örtlich:	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Persönlich:	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt

## Körperpflege

	Selbstständig	teilweise Selbstständig	nur mit Unterstützung
Gesicht:			
Mundpflege/Zahnprothese:			
Oberkörper:			
Gesäß/Beine:			
Intimpflege:			
Haare kämmen/waschen:			
Rasieren:			
Handpflege:			
Fußpflege:			

## Motorische Einschränkungen

Bewegung:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung
	<input type="radio"/> Rollstuhl	<input type="radio"/> bettlägerig
Treppensteigen:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung
	<input type="radio"/> nicht möglich	
Duschen/Baden:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung
	<input type="radio"/> komplett hilfsbedürftig	
An/Auskleiden	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung
	<input type="radio"/> komplett hilfsbedürftig	

Hilfsmittel:

Transfer: Ja Nein

Hilft die Person beim Transfer mit?

Ja (wie?)

Nein

## Nahrungsaufnahme:

- Essen:  selbständig  mit Unterstützung  
 komplett hilfsbedürftig
- Trinken:  selbständig  mit Unterstützung  
 komplett hilfsbedürftig
- Kau-/Schluckstörung:  keine  Störung  
 PEG Sonde

Störungsart:

Diät:

## Schlaf

- Schlafmittel:  Ja  Nein
- Einschlafprobleme:  Ja  Nein
- Durchschlafprobleme:  keine  sporadisch  braucht Nachts Hilfe  
 Schlaf-Wach-Rythmums gestört

Wie oft/ zu welchen Zeiten?

Welche Unterstützung braucht die Person nachts?

Wie lange dauert der Nachteinsatz?

Um wie viel Uhr wacht der Klient auf?

Um wie viel Uhr geht der Klient zu Bett?

## Inkontinenz

- Urinkontrolle:  kontinent  teilweise inkontinent  
 inkontinent
- Stuhlkontrolle:  kontinent  teilweise inkontinent  
 inkontinent

Hilfsmittel:

Meldet sich die Person, wenn sie zur Toilette muss?

Ja

Nein

### Therapie

Aktuelle Therapie:

keine

Logopädie

Krankengymnastik

psychologische Betreuung

### Charakter und Wesen der/des pflegebedürftigen

Kurze Beschreibung des Tagesablaufs der/des Betreuten

## 3. Rahmenbedingungen / Infrastruktur

### Wohnlage

städtisch (zentral)

städtisch (abgelegen)

ländlich

### Wohnanlage

Wohnung

Mehrfamilienhaus

Einfamilienhaus

### Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß erreichbar in ca.)

0 - 15 Min

0 - 30 Min

30 > Min

Anmerkungen:

### Ausstattung des Zimmers (Kleiderschrank und Bett sind vorausgesetzt)

eigenes Bad

TV

WLAN/Internet

Fahrrad

Auto - Automatikgetriebe

Auto - Schaltgetriebe

**Freie Zeit für den Betreuer (jeder Betreuer hat Anspruch auf 2 Stunden Pause pro Tag und 2 x halbe Tage oder 1 ganzen Tag frei) Für welche Option entscheiden Sie sich?**

2 x halbe Tage

1 ganzer freier Tag

## Wer übernimmt ist dieser Zeit die Betreuung?

### 4. Ihre Erwartungen und Wünsche an die persönliche Betreuungskraft

- Geschlecht:       Frau                       Mann                       egal
- Sprachkenntnisse:  egal                       gering                       mittel
- gut
- Führerschein:       egal                       ja                       nein

Wofür wird der Führerschein benötigt?

Welche Vorstellungen und Erwartungen soll Ihre persönliche Betreuungskraft erfüllen?

### 5. Aufgaben der Betreuungskraft

#### Aufgaben

- |                            | immer                 | sporadisch            | nie                   |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Einkaufen:                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kochen:                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wäsche:                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bügeln:                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Putzen:                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Beleitung beim Arztbesuch: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Benötigt der Ehepartner Unterstützung? Ja Nein

Wie hoch ist das wöchentliche Einkaufsbudget der Familie?

Wie unterstützt der Ehepartner den Pflegebedürftigen bei den täglichen Aktivitäten?

Welche Tätigkeiten soll die Betreuungsperson vom Ehepartner des Pflegebedürftigen übernehmen?

Ist eine Haushaltshilfe vorhanden?

nein  ja (wie oft im Einsatz?)

Wen ja, wie oft?

Haustiere nein ja (welches? wie große?)

Haustierversorgung erwünscht?

nach Bedarf ja nein

Wird im Haushalt an weiteren Stellen Hilfe benötigt?

## 6. Zeitpunkt und Dauer

Wann soll Ihre Pflegekraft den Einsatz beginnen?

schnellstmöglich  zum:

Wie lange soll die Betreuung dauern?

bis zu 3 Monaten  3 - 12 Monate  auf zunächst unbestimmte Zeit

Wie haben Sie von uns erfahren?

Flyer

Webseite

Zeitung

Sonstiges

Empfehlung von:

## **Datenschutz**

Wir respektieren und schützen Ihre Privatsphäre. Die LichtblickPflege-Alltagsbegleiter wird personenbezogene Daten nur zum Zweck der Bearbeitung Ihrer Anfrage und ggf. im Rahmen einer nachfolgenden Vermittlungsbetreuung verwenden. Sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen, werden personenbezogene Daten bei gegebener Inaktivität von uns gelöscht. Selbstverständlich können Sie die Löschung Ihrer Daten auch jederzeit durch persönliche, schriftliche oder fernmündliche Kontaktaufnahme mit uns verlangen oder einfach über eine formlose Mitteilung an Bestätigung:**info@lichtblickpflege-alltagsbegleiter.de**

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die LichtblickPflege-Alltagsbegleiter die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen persönlichen Daten zur Kontaktperson bzw. zum Hilfsbedürftigen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Soweit es für die Bearbeitung meiner Anfrage notwendig ist, gibt die diese Daten an Vertragspartner weiter, die diese Daten benötigen, um einen Personalvorschlag bzw. ein Vertragsangebot zur Unterstützung des Hilfsbedürftigen zu unterbreiten.

Ich versichere zur Angabe und Weiterleitung der hier genannten Daten befugt zu sein.

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

---

Datum, Unterschrift