Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Rücksendung

Per Post:
Pflegehelden Franchise GmbH
Sieversbek 25
25524 Itzehoe

Per Fax:
04821 - 80 40 321

Ihre Kontaktdaten

Anrede: ○ Frau ○ Herr

Titel: _____

Vor- und Nachname: _____

Telefon: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

E-Mail: _____

Ihr Verhältnis zum Patienten: _____

Wie haben Sie von uns erfahren?: _____

Hinweis

Unser Fragebogen hilft uns Ihre Situation vor Ort besser zu verstehen und Ihnen das bestmögliche Angebot unterbreiten zu können. Ihnen entstehen keinerlei Kosten bis Sie sich für eine Betreuungskraft entschieden haben und diese anreist. Während der gesamten Betreuungszeit sichern wir Ihnen ein tägliches Kündigungsrecht zu und rechnen tagegenau ab!

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Ihre Pflegekraft

Wo wird Pflege benötigt:	PLZ: _____ Ort: _____
Beginn der Betreuung:	○ schnellstmöglich (3-5 Werktage) ○ zum _____
Geschlecht der Hilfskraft:	○ unwichtig ○ männlich ○ weiblich
Gewünschte Sprachkenntnisse:	○ mittlere Deutschkenntnisse ○ gute Deutschkenntnisse ○ sehr gute Deutschkenntnisse
Gewünschtes Alter der Hilfskraft:	von _____ bis _____
Betreuungserfahrung in Deutschland:	○ erforderlich ○ unwichtig ○ wünschenswert
Führerschein notwendig (Aufpreis):	○ ja ○ nein
Darf die Pflegekraft Raucher sein?:	○ ja ○ nein ○ unwichtig ○ Ja, Rauchen aber nur draußen
Unterbringung der Pflegekraft:	☐ Eigenes Zimmer/ eigener Bereich ☐ Eigenes WC/ Bad vorhanden ☐ Eigener Fernseher vorhanden
Internet vorhanden:	○ ja ○ nein ○ nicht bekannt
Sonstige Anforderungen an die Kraft:	_____ _____

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Beschreiben der Situation vor Ort

Anzahl der Patienten:
- ○ 1 Patient/in
- ○ 2 Patienten/innen (Bitte Bogen für 2. Person ausfüllen.)

Angaben zur 1. Person

Geschlecht: ○ weiblich ○ männlich

Gewicht: ____ kg

Alter: ____ Jahre

Pflegestufe:
(aktuelle oder beantragte)
- ○ keine Pflegestufe
- ○ Pflegestufe 0
- ○ Pflegestufe 1
- ○ Pflegestufe 2
- ○ Pflegestufe 3
- ☐ Härtefall

Pflegedienst ist beauftragt:
- ○ ja
- ○ nein
- ○ soll abbestellt werden

Mobilität:
- ○ uneingeschränkt mobil
- ○ leicht gehbehindert
- ○ rollatorfähig
- ○ rollstuhlfähig
  - muss gehoben werden ja ☐ nein ☐
  - Lift vorhanden ja ☐ nein ☐
- ○ bettlägerig
  - muss gehoben werden ja ☐ nein ☐
  - Lift vorhanden ja ☐ nein ☐

Krankheitsmerkmale:
- ☐ Alzheimer
- ☐ Demenz
- ☐ Geistig behindert
- ☐ Inkontinenz
- ☐ MS-Patient
- ☐ Parkinson
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Arthrose
- ☐ Dialysepatient
- ☐ Herz-Kreislauf
- ☐ Krebs
- ☐ Osteoporose
- ☐ Rheuma
- ☐ andere _____

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Details zum Gesundheitszustand:
(z.B. Krebs-Stadium oder Demenz-Stadium)

Zu verrichtende Haupttätigkeiten:

- An- u. Auskleiden
- ☐ Ausflüge
- ☐ Duschen
- ☐ Körperpflege
- ☐ Nahrungsaufnahme
- ☐ Stehen, Gehen oder Betten
- ☐ Arztbesuche
- ☐ Behördengänge
- ☐ Freizeitgestaltung
- ☐ Mobilisierung
- ☐ Toilettengang
- ☐ weitere

Interessen der zu betreuenden Person:

Sind nächtliche Einsätze notwendig?:

- ○ nie bzw. selten (max. 3 x pro Woche)
- ○ gelegentlich (4 bis 7 x pro Woche)
- ○ häufig (mehrmals pro Nacht)

Was ist beim Nachteinsatz zu tun?:

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Angaben zur 2. Person

Geschlecht:	○ weiblich	○ männlich
Gewicht:	____ kg	
Alter:	____ Jahre	
Pflegestufe: (aktuelle oder beantragte)	○ keine Pflegestufe ○ Pflegestufe 0 ○ Pflegestufe 1 ○ Pflegestufe 2 ○ Pflegestufe 3	☐ Härtefall
Pflegedienst ist beauftragt:	○ ja ○ nein ○ soll abbestellt werden	
Mobilität:	○ uneingeschränkt mobil ○ leicht gehbehindert ○ rollatorfähig ○ rollstuhlfähig — muss gehoben werden: ja ☐ nein ☐; Lift vorhanden: ja ☐ nein ☐ ○ bettlägerig — muss gehoben werden: ja ☐ nein ☐; Lift vorhanden: ja ☐ nein ☐	
Krankheitsmerkmale:	☐ Alzheimer ☐ Demenz ☐ Geistig behindert ☐ Inkontinenz ☐ MS-Patient ☐ Parkinson ☐ Schlaganfall	☐ Arthrose ☐ Dialysepatient ☐ Herz-Kreislauf ☐ Krebs ☐ Osteoporose ☐ Rheuma ☐ andere _____

Details zum Gesundheitszustand:
(z.B. Krebs-Stadium oder Demenz-Stadium)

_____

_____

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Zu verrichtende Haupttätigkeiten:

- An- u. Auskleiden
- ☐ Ausflüge
- ☐ Duschen
- ☐ Körperpflege
- ☐ Nahrungsaufnahme
- ☐ Stehen, Gehen oder Betten
- ☐ Arztbesuche
- ☐ Behördengänge
- ☐ Freizeitgestaltung
- ☐ Mobilisierung
- ☐ Toilettengang
- ☐ weitere _____

Interessen der zu betreuenden Person: _____

Sind nächtliche Einsätze notwendig?:

- ○ nie bzw. selten (max. 3 x pro Woche)
- ○ gelegentlich (4 bis 7 x pro Woche)
- ○ häufig (mehrmals pro Nacht)

Was ist beim Nachteinsatz zu tun?: _____

Wohnverhältnisse

Leben weitere Personen im Haushalt? ○ ja ○ nein

wenn ja, wer: _____

Haustiere vorhanden?:

- ☐ Katze
- ☐ Hund
- ☐ andere

Wohnverhältnisse:

- ○ Haus
- ○ Wohnung
- ○ städtisch
- ○ ländlich
- ☐ Geschäfte des tägl. Lebens zu Fuß erreichbar

Zusätzliche Tätigkeiten im Haushalt:

- ☐ Aufräumen
- ☐ Bügeln
- ☐ Fenster putzen
- ☐ leichte Gartenarbeit
- ☐ Speisenplanung
- ☐ Versorgung der Haustiere
- ☐ Blumen gießen
- ☐ Einkaufen
- ☐ Kochen
- ☐ Sauber machen
- ☐ Wäsche waschen
- ☐ weitere _____

Drucken Senden