

Fragebogen zur Pflegebedarfsermittlung

1. Die Pflegesituation

1. Straße + Nr. PLZ Ort

2. Betreuungsbeginn schnellstmöglich (5 bis 7 Werktage) zum __ __ . __ __ . 20 __ __ derzeit noch offen

3. Patientenanzahl 1 Patient/in 2 Patienten/innen

4. Leben weitere Personen im Haushalt? nein ja

5. Wenn Sie unter 4. „ja“ ausgewählt haben, dann tragen Sie bitte in das nachfolgende Textfeld die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen ein und im Textfeld rechts daneben, wer die/se Person/en ist/sind (z. B. Lebenspartner).

Anzahl Personen Wer ist/sind die/se Person/en?

2. Kontaktdaten Anfragesteller / Ansprechpartner für Pflegehelden

1. Personendaten

Anrede Titel Vor- und Nachname

Straße + Nr. PLZ Ort

Telefon E-Mail

2. Rückruf täglich werktags Wochenende Datum

Falls „Datum“ gewählt, bitte hier Datum eintragen:

Uhrzeit (frühestens ab 7 Uhr bis spätestens 22 Uhr)

von bis Uhr

3. Bitte verraten Sie uns, wie Sie von uns erfahren haben.

Empfehlung Google andere Suchmaschine Zeitschrift Tageszeitung TV Flyer Sonstiges

3a. Angaben (erste/r) Patient/in

1. Personendaten

Anrede

Titel

Vor- und Nachname

Alter

Gewicht

Geburtsdatum

2. Pflegegrad

keiner 1 2 3 4 5

3. Pflegedienst beauftragt

ja nein

4. Krankheitsmerkmale

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Alzheimer | <input type="radio"/> geistig behindert | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Sonde |
| <input type="radio"/> Arthrose | <input type="radio"/> Herz- Kreislauferkrankung | <input type="radio"/> Parkinson | <input type="radio"/> weitere Krankheitsmerkmale: |
| <input type="radio"/> Demenz | <input type="radio"/> Katheter | <input type="radio"/> Rheuma | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Krebs | <input type="radio"/> Schlaganfall | |
| <input type="radio"/> Dialysepatient | <input type="radio"/> MS-Patient | <input type="radio"/> Schmerzpatient | |

5. Mobilität

- uneingeschränkt mobil
- leicht gehbehindert
- rollatorfähig
- rollstuhlfähig
- bettlägerig

6. Kommunikation/Wahrnehmung

- | | | |
|---|---|---|
| – Hören | – Sprechen | – Sehen |
| <input type="radio"/> keine Einschränkungen | <input type="radio"/> keine Einschränkungen | <input type="radio"/> keine Einschränkungen |
| <input type="radio"/> leicht eingeschränkt | <input type="radio"/> leicht eingeschränkt | <input type="radio"/> leicht eingeschränkt |
| <input type="radio"/> stark eingeschränkt | <input type="radio"/> stark eingeschränkt | <input type="radio"/> stark eingeschränkt |
| <input type="radio"/> nicht möglich | <input type="radio"/> nicht möglich | <input type="radio"/> nicht möglich |

7. Nachteinsätze

nein, maximal 1 mal pro Woche ja, maximal 1 mal pro Nacht ja, mehrmals pro Nacht

8. Treppensteigen

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig

9. Aufrichten & Zubettgehen

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig

10. An- u. Auskleiden

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig

11. Gehen

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig

12. Stehen / Transfer

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig

13. Vorhandene Hilfsmittel / Unterstützung

- Rollator Treppenlift Pflegebett Toilettenstuhl
- Rollstuhl Hebelift Duschstuhl andere Person hilft mit

Sollten Sie unter Punkt 1.3. „2 Patienten/innen“ ausgewählt haben, tragen Sie nachfolgend bitte entsprechende Daten ein.

3b. Angaben zweite/r Patient/in

1. Personendaten

Anrede	Titel	Vor- und Nachname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alter	Gewicht	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Pflegegrad keiner 1 2 3 4 5

3. Pflegedienst beauftragt ja nein

4. Krankheitsmerkmale

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Alzheimer | <input type="radio"/> geistig behindert | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Sonde |
| <input type="radio"/> Arthrose | <input type="radio"/> Herz- Kreislauferkrankung | <input type="radio"/> Parkinson | <input type="radio"/> weitere Krankheitsmerkmale: |
| <input type="radio"/> Demenz | <input type="radio"/> Katheter | <input type="radio"/> Rheuma | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Krebs | <input type="radio"/> Schlaganfall | |
| <input type="radio"/> Dialysepatient | <input type="radio"/> MS-Patient | <input type="radio"/> Schmerzpatient | |

5. Mobilität

- uneingeschränkt mobil
- leicht gehbehindert
- rollatorfähig
- rollstuhlfähig
- bettlägerig

6. Kommunikation/Wahrnehmung

- | | | |
|---|---|---|
| – Hören | – Sprechen | – Sehen |
| <input type="radio"/> keine Einschränkungen | <input type="radio"/> keine Einschränkungen | <input type="radio"/> keine Einschränkungen |
| <input type="radio"/> leicht eingeschränkt | <input type="radio"/> leicht eingeschränkt | <input type="radio"/> leicht eingeschränkt |
| <input type="radio"/> stark eingeschränkt | <input type="radio"/> stark eingeschränkt | <input type="radio"/> stark eingeschränkt |
| <input type="radio"/> nicht möglich | <input type="radio"/> nicht möglich | <input type="radio"/> nicht möglich |

7. Nachteinsätze nein, maximal 1 mal pro Woche ja, maximal 1 mal pro Nacht ja, mehrmals pro Nacht

8. Treppensteigen

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig

9. Aufrichten & Zubettgehen

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig

10. An- u. Auskleiden

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig

11. Gehen

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig

12. Stehen / Transfer

- selbständig
- überwiegend selbständig
- überwiegend unselbständig
- unselbständig

13. Vorhandene Hilfsmittel / Unterstützung

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Rollator | <input type="radio"/> Treppenlift | <input type="radio"/> Pflegebett | <input type="radio"/> Toilettenstuhl |
| <input type="radio"/> Rollstuhl | <input type="radio"/> Hebelift | <input type="radio"/> Duschstuhl | <input type="radio"/> andere Person hilft mit |

4. Weitere Angaben zum Patienten und zu seinen Gewohnheiten

1. Normaler Tagesablauf:

2. Hobbies und Interessen:

3. Bevorzugte Speisen und Lebensmittel:

4. Unbeliebte Speisen und Lebensmittel:

5. Allergien:

6. Medizinische oder religiöse Ernährungsvorschriften oder -wünsche:

7. Sonstige Anmerkungen

5. Wohn- und Haushaltssituation des Patienten

1. Wohnverhältnisse	<input checked="" type="radio"/> Haus	<input checked="" type="radio"/> Wohnung	2. Wohngegend	<input checked="" type="radio"/> städtisch	<input checked="" type="radio"/> ländlich		
3. Raucherhaushalt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt	4. Haustiere	<input type="radio"/> Hund/e	<input type="radio"/> Katze/n	<input type="radio"/> andere
5. Hilfe durch Familienangehörige							
<input checked="" type="radio"/> ja, jederzeit per Anruf erreichbar und ggf. kurzfristig vor Ort							
Vor- und Zuname des Familienangehörigen				Telefonnummer des Familienangehörigen			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
<input type="radio"/> ja, regelmäßig an folgenden Wochentagen erreichbar/vor Ort:							
<input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So.				Falls möglich, hier bitte Uhrzeit eintragen			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
<input type="radio"/> sporadisch, wie es die Zeit zulässt							
<input type="radio"/> nein							

6. Unterbringung der Pflegekraft und Ausstattung

1. Unterkunft Pflegekraft	<input checked="" type="radio"/> 1 Zimmer	<input checked="" type="radio"/> 2 Zimmer	<input checked="" type="radio"/> eigener Bereich
2. Sanitäranlagen	<input type="radio"/> eigenes Bad	<input type="radio"/> eigenes WC	
3. Internet	<input checked="" type="radio"/> ja	<input checked="" type="radio"/> nein	<input checked="" type="radio"/> wird zur Anreise eingerichtet
4. Telefon mit Auslandsflatrate	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> wird zur Anreise eingerichtet
5. Sonstiges	<input checked="" type="radio"/> eigener Fernseher		

7. Gewünschte Tätigkeiten am Patienten durch die Pflegekraft

	morgens	mittags	abends	nachts
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen, Gehen, Betten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechseln von Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Gewünschte Haushaltstätigkeiten durch die Pflegekraft

1. Soll die Pflegekraft Einkäufe erledigen ?

ja nein

2. Wie kann der Einkauf erledigt werden ?

zu Fuß per Fahrrad mit dem Auto ÖPNV

3. Wie wird die Finanzierung der Einkäufe geregelt ?

4. Weitere gewünschte Haushaltstätigkeiten durch die Pflegekraft:

- | | | | |
|-------------------------------------|--|--|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Arztbesuche | <input type="radio"/> Bügeln | <input type="radio"/> leichte Gartenarbeit | <input type="radio"/> Sonstige: |
| <input type="radio"/> Aufräumen | <input type="radio"/> Familie mitversorgen | <input type="radio"/> Sauber machen | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Ausflüge | <input type="radio"/> Fenster putzen | <input type="radio"/> Speisenplanung | |
| <input type="radio"/> Behördengänge | <input type="radio"/> Freizeitgestaltung | <input type="radio"/> Wäsche waschen | |
| <input type="radio"/> Blumen gießen | <input type="radio"/> Kochen | <input type="radio"/> Versorgung der Haustiere | |

5. Gibt es Möglichkeiten von Entlastungspausen für die Pflegekraft ? ja nein unbekannt

9. Personalanforderungen

1. Geschlecht unwichtig männlich weiblich
2. Sprachstufe Grundkenntnisse Mittelstufe Fortgeschritten Fließend
3. Führerschein ja nein
4. Darf die Pflegekraft rauchen? unwichtig ja, aber draußen ja, ist erlaubt nein, unbedingt Nichtraucher
5. Betreuungserfahrung Grundlagen Mittelstufe Fortgeschritten Experte/Fachkraft

10. Sonstige Anmerkungen zur Pflegekraft

11. Allgemeine sonstige Anmerkungen

Informationen zum Datenschutz

Datenschutzrechte der Betroffenen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Sie können von uns jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten (Artikel 15 DS-GVO), deren Berichtigung (Artikel 16 DS-GVO), Löschung (Artikel 17 DS-GVO) oder Einschränkung der Verarbeitung (Artikel 18 DS-GVO) verlangen sowie Ihr Recht auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DS-GVO) geltend machen. Ebenfalls können Sie Ihre Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ändern oder widerrufen (Artikel 21 DS-GVO).

Bitte beachten Sie, dass Datenverarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, hiervon nicht betroffen sind. Zu den vorgenannten Zwecken wenden Sie sich bitte an die nachfolgende Kontaktadresse.

Für die Datenverarbeitung und den Datenschutz verantwortlich:

Pflegehelden® Berlin-West
Johanna Pochhammer
Rüsternallee 15, 14050 Berlin
Tel.: 030 - 20 45 98 53
E-Mail: berlin-west@pflegehelden.de

Ihnen steht des Weiteren ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde zu.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen haben.

**Bitte senden Sie den Fragenbogen zur Pflegebedarfsermittlung ausgefüllt mit der Post an die im Seitenkopf vermerkte Adresse oder per E-Mail an:
berlin-west@pflegehelden.de**