

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
 Rollstuhl
 Treppenlift
 Hebelift
 Pflegebett
 Duschstuhl
 Toilettenstuhl
 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

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 Rollstuhl
- Treppenlift Hebelift
- Pflegebett Duschstuhl
- Toilettenstuhl 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 Haus Wohnung

2. Wohngegend städtisch ländlich

3. Raucherhaushalt ja nein unbekannt

4. Haustiere Hund/e Katze/n andere

5. Hilfe durch Familienangehörige

ja, jederzeit per Anruf erreichbar und ggf. kurzfristig vor Ort

Vor- und Zuname des Familienangehörigen

Telefonnummer des Familienangehörigen

ja, regelmäßig an folgenden Wochentagen erreichbar/vor Ort:

Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.

Falls möglich, hier bitte Uhrzeit eintragen

sporadisch, wie es die Zeit zulässt

nein

6. Unterbringung der Pflegekraft und Ausstattung

1. Unterkunft Pflegekraft 1 Zimmer 2 Zimmer eigener Bereich

2. Sanitäranlagen eigenes Bad eigenes WC

3. Internet ja nein wird zur Anreise eingerichtet

4. Telefon mit Auslandsflatrate ja nein wird zur Anreise eingerichtet

5. Sonstiges 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® Kiel
Karin Strelow
Graf-Luckner-Straße 18, 24159 Kiel
Tel.: 0431 - 90 73 771
E-Mail: kiel@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:
kiel@pflegehelden.de**