

# 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

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <b>– Hören</b>                              | <b>– Sprechen</b>                           | <b>– Sehen</b>                              |
| <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




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

#### 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® Mittelhessen  
Sokol GbR  
Robert Sokol  
Altstadt 25, 63654 Büdingen  
Tel.: 06042 - 95 65 57-0  
Fax: 06042 - 95 65 57-1  
E-Mail: mittelhessen@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: mittelhessen@pflegehelden.de**