

Tel: 02635-925 40 64
Mobil: 01577-77 11 86 2
info@as-pflege24.de
www.as-pflege24.de

Bedarfsfragebogen

Beginn der Leistung:

Angaben zur Person die, betreut werden soll

Vorname *	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Nachname *	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Strasse, Nr *	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
PLZ *	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Ort *	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Telefon-Nr	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Mobil	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
E-Mail	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Geburtsdatum*	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Gewicht (kg) *	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Größe (cm) *	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>

Angaben zur Kontaktperson

Vorname *	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Nachname *	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Strasse, Nr	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
PLZ	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Ort	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Telefon-Nr *	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
Mobil	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
E-Mail *	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>

Beziehungsebene zur Person die, betreut werden soll

- | | |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ehepartner/in | <input type="checkbox"/> Tochter / Sohn |
| <input type="checkbox"/> Enkel/in | <input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer |
| <input type="checkbox"/> Andere | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |

Gesundheitlicher Zustand und Einschränkungen

Diagnosen / Krankheiten

- | | | | |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Demenz Beginn | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Diabetes Insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Atmungsprobleme |

- Allergien, z.B. Nahrungsalergien:
 ansteckende Krankheiten / welche?
 Sonstige

Kommunikationseinschränkungen

	keine	mäßig	massiv
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orientierungseinschränkungen

	keine	gelegentlich	massiv
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person bezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motorik / Bewegungsfähigkeiten

	Selbständig	teilweise selbständig	unselbständig
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinsetzen/ Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinlegen/ Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer/ z.B. Bett/ Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bettlägerig

	ja	nein
Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muss gelagert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, wie oft		

Essen/ Trinken

	Selbständig	teilweise selbständig	unselbständig
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostform / Diät			
PEG Sonde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Hautzustand

Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
wenn ja:	<input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> chronisch	
Dekubitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / wo	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
Dekubitus Grad	<input type="checkbox"/> 1.Grad	<input type="checkbox"/> 2.Grad	<input type="checkbox"/> 3.Grad

Ausscheidungen

	nein	gelegentlich	ja
<input type="checkbox"/> Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel bei Inkontinenz

<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> Urinflasche
<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Vorlagen	

Hilfsmittel / allgemein

<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung
<input type="checkbox"/> Patientenlifter	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Toilettensstuhl	<input type="checkbox"/> Badewannenlifter
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> Duschstuhl/ Hocker	
<input type="checkbox"/> sonstiges:	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Prothesen, welche:	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		

Nachtruhe / Nachteinsätze

Schläft durch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein	
wenn nein; sind Nachteinsätze notwendig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein	
ev. notwendige Nachteinsätze	<input type="checkbox"/> 1 -2 mal	<input type="checkbox"/> 3 - 4 mal	<input type="checkbox"/> mehr als 4

Pflegegrad

In welchen Pflegegrad wurde die betreute Person eingestuft?

<input type="checkbox"/> keinen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
---------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Wurde eine Erst- bzw. Höherstufung beantragt

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
-------------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

an der Betreuung sind beteiligt:

Pflegedienst ja Nein

Welche Aufgaben werden vom Pflegedienst übernommen?

Wird der Pflegedienst auch zukünftig in Anspruch genommen?

ja nein

sonstige:

Wohnsituation / Rahmenbedingungen

Wohnlage

- Großstadt-Zentral
 Großstadt-Rand
 Kleinstadt
 Dorf
 Ländlich

Wohnumgebung

- Einfamilienhaus
 Zweifamilienhaus
 Wohnung
 Sonstiges:

Der Betreuungskraft steht zur Verfügung

- ein Zimmer
 mehr als ein Zimmer
 TV
 Radio
 eigenes Bad
 Bad (Mitbenutzung)
 Telefonnutzung
 Internet (**wichtig!**)
 Internet kann eingerichtet werden (**Wichtig!**)

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß erreichbar)

- bis 5 min
 bis 10 min
 bis 15 min
 mehr als 15 min

Öffentliche Verkehrsmittel (zu Fuß erreichbar)

- bis 5 min
 bis 10 min
 bis 15 min
 mehr als 15 min

Im Haushalt lebende Personen

- nur betreuungsbedürftige Person
 Betreuungsbedürftige + Ehepartner / Lebenspartner
 Betreuungsbedürftige Person + mehrere Personen
 / wie viele zusätzliche Personen?

Im Haushalt lebende Tiere

- Keine Tiere
 Katze
 Hund
 andere Tiere

Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht

- Frau
 Mann
 egal

Alter in Jahren

- Alter ist unwichtig
 20 - 30
 31 - 40
 41 - 50
 51 - 60

Sprachkenntnisse

- gering
 mittel
 gut
 sehr gut / fließend

Raucher/in

- egal
 nein/ kein Raucher
 ja, wird akzeptiert
 ja, nur im Außenbereich

Führerschein erforderlich?

- nein
 ja, erforderlich
 Fahrzeug vorhanden

Haushaltsführung / Aufgaben

	ja, immer	nur teilweise	nie
<input type="checkbox"/> Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abwaschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Waschen / Bügeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reinigung / Putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Begleitung zum Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige:			

Bei mehreren Personen im Haushalt!

für wie viele zusätzliche Personen soll der Haushalt übernommen werden:

- nur für Pflegebedürftige
 +1 Person
 +2 Personen
 +3 Personen

Ihre Erwartungen an die Betreuungskraft

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> Arzt	welcher?	
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	welcher?	
<input type="checkbox"/> Internet		
<input type="checkbox"/> Prospekte		
<input type="checkbox"/> Bekannte		
<input type="checkbox"/> Sonstiges		

Datenschutz- und Einwilligungserklärung

- Hiermit willige ich ein, dass die AS-Pflege24 das Recht hat die Daten und Informationen aus diesem Bedarfsfragebogen, zum Zwecke der Erbringung von Betreuungsdienstleistungen, zu verwenden.
 Desweiterem bin ich damit einverstanden, dass die in diesem Bedarfsfragebogen enthaltenen Angaben, an ein Leistungserbringungsunternehmen mit Sitz in Osteuropa, übermittelt werden dürfen. Dies sollte jedoch nur im Sinne der Vermittlung eines Dienstleistungsvertrages dienen. Darüber hinaus stimme ich der Datenschutzerklärung zu. Diese ist einzusehen unter www.as-pflege24.de/Datenschutzerklärung/
- Ich bestätige, dass die o. g. Angaben nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß erstellt wurden und vollständig sind.
 Ich versichere auch, dass ich zu Weiterleitung der o. g. Informationen befugt bin.

(Datum)
(Vor-/ Nachname)
(Unterschrift)

* bitte unbedingt ausfüllen!