



# Bedarfsfragebogen

24 Stundenpflege daheim



Stunden- und Tagesbetreuung



Tagespflege für Demenzkranke

Für ein unverbindliches Angebot einer häuslichen 24 Stundenpflege daheim, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst ausführlich auszufüllen und uns per Fax an 089 / 83 999 524 oder per Post zuzusenden. Gerne unterstützen wir Sie kostenlos bei der Beantwortung der Fragen. **Telefon: 089 / 88 949 134** Durch Zusendung Ihres Fragebogens erklären Sie sich weiterhin damit einverstanden, dass Ihre Daten zur Erfüllung Ihrer Anfrage an ausgewählte Vertragsunternehmen von herz&hand weitergegeben werden dürfen.

## 1 Ansprechpartner für herz&hand

Name, Vorname	<input type="text"/>	Telefon 1	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>	Telefon 2	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
E-Mail Adresse	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>

### VERWANDSCHAFTSVERHÄLTNIS ZUM HILFEBEDÜRFTIGEN

Wer wird Vertragspartner?	<input type="checkbox"/> Ansprechpartner	<input type="checkbox"/> Leistungsempfänger
Wer ist Rechnungsempfänger?	<input type="checkbox"/> Ansprechpartner	<input type="checkbox"/> Leistungsempfänger
Leistungsempfänger ist?	<input type="checkbox"/> Einzelperson	<input type="checkbox"/> Ehepaar / Lebensgemeinschaft

## 2 Pflegebedürftige Person(en)

### PERSON 1

Name, Vorname	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
E-Mail Adresse	<input type="text"/>

### ZUR PERSON 1

Geburtsdatum	Tag <input type="text"/>	Monat <input type="text"/>	Jahr <input type="text"/>
Größe in cm	<input type="text"/>	Gewicht in kg	<input type="text"/>
War Person 1 mal in einem Pflegeheim?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

### PERSON 2

Name, Vorname	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis	<input type="text"/>

### ZUR PERSON 2

Geburtsdatum	Tag <input type="text"/>	Monat <input type="text"/>	Jahr <input type="text"/>
Größe in cm	<input type="text"/>	Gewicht in kg	<input type="text"/>
War Person 2 mal in einem Pflegeheim?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

### 2a Pflegestufe Person 1

keine Pflegestufe  1  2  3  Härtefall

### Pflegestufe Person 2

keine Pflegestufe  1  2  3  Härtefall

#### ANSCHRIFT

herz&hand | Agentur für Pflegevermittlung  
Inhaberin Irene Stuber  
Karlsplatz 3  
80335 München

#### KONTAKT

Telefon: 089 - 88 949 134  
Telefax: 089 - 83 999 524  
E-Mail: info@pflegevermittlung-herzundhand.de  
Web: www.pflegevermittlung-herzundhand.de

...mehr als nur betreut werden.

### 3 Anamnese | Diagnosen und Gründe für die Pflegebedürftigkeit

#### 3a Diagnosen

##### ZUR PERSON 1

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="radio"/> Diabetis                               |
| <input type="radio"/> Allergien                  | <input type="radio"/> Einsamkeit                             |
| <input type="radio"/> Amputation                 | <input type="radio"/> geschwächt durch Krankenhausaufenthalt |
| <input type="radio"/> Angstzustände              | <input type="radio"/> Herzinfarkt                            |
| <input type="radio"/> Asthma                     | <input type="radio"/> Herzinsuffizienz                       |
| <input type="radio"/> Chronische Durchfälle      | <input type="radio"/> Herzrhythmusstörung                    |
| <input type="radio"/> Dekubitus                  | <input type="radio"/> Hypertonie                             |
| <input type="radio"/> Demenz                     | <input type="radio"/> Sonstiges                              |
| <input type="radio"/> Depression                 |  |
| <input type="radio"/> Krebs                      |  |
| <input type="radio"/> Multiple Sklerose          |  |
| <input type="radio"/> Osteoporose                |  |
| <input type="radio"/> Parkinson                  |  |
| <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankungen  |  |
| <input type="radio"/> Schlaganfall               |  |
| <input type="radio"/> Tumor                      |  |
| <input type="radio"/> Unfall / Sturz             |  |

##### ZUR PERSON 2

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="radio"/> Diabetis                               |
| <input type="radio"/> Allergien                  | <input type="radio"/> Einsamkeit                             |
| <input type="radio"/> Amputation                 | <input type="radio"/> geschwächt durch Krankenhausaufenthalt |
| <input type="radio"/> Angstzustände              | <input type="radio"/> Herzinfarkt                            |
| <input type="radio"/> Asthma                     | <input type="radio"/> Herzinsuffizienz                       |
| <input type="radio"/> Chronische Durchfälle      | <input type="radio"/> Herzrhythmusstörung                    |
| <input type="radio"/> Dekubitus                  | <input type="radio"/> Hypertonie                             |
| <input type="radio"/> Demenz                     | <input type="radio"/> Sonstiges                              |
| <input type="radio"/> Depression                 |  |
| <input type="radio"/> Krebs                      |  |
| <input type="radio"/> Multiple Sklerose          |  |
| <input type="radio"/> Osteoporose                |  |
| <input type="radio"/> Parkinson                  |  |
| <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankungen  |  |
| <input type="radio"/> Schlaganfall               |  |
| <input type="radio"/> Tumor                      |  |
| <input type="radio"/> Unfall / Sturz             |  |

#### 3b Wird derzeit ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen?

##### ZUR PERSON 1

- Versorgung durch Pflegedienst Person 1  ja  nein
- Wie oft?  x täglich  x wöchentlich
- Für?  Grundpflege  med. Pflege
- Medikamentenabgabe

##### ZUR PERSON 2

- Versorgung durch Pflegedienst Person 2  ja  nein
- Wie oft?  x täglich  x wöchentlich
- Für?  Grundpflege  med. Pflege
- Medikamentenabgabe

#### 3c Inkontinenz

- Ist Person 1 inkontinent?**  ja  nein
- Urin  Urin / Stuhl  Dauerkatheter
- Stoma  Wechseln von Einlagen nötig

- Ist Person 2 inkontinent?**  ja  nein
- Urin  Urin / Stuhl  Dauerkatheter
- Stoma  Wechseln von Einlagen nötig

#### 3d Geistiger Zustand

##### PERSÖNLICHKEITSVERÄNDERUNG

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| P1                       | P2                       |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Keine</b> geistige Beeinträchtigung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Gestörter</b> Tag/Nacht Rhythmus    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Weglauf Tendenz                        |

- |                          |                          |                              |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| P1                       | P2                       |                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aggressivität                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apathie (Teilnahmslosigkeit) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Starke Unruhe                |

### 3e Mobilität

#### ZUR PERSON 1

Ist Person 1 mobil?  ja  nein

Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> mit Rollator	<input type="checkbox"/> mit Gehstock	<input type="checkbox"/> sturzgefährdet
<input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> benötigt Betreuungskraft	
Transfer Bett / Rollstuhl		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> hilft mit	<input type="checkbox"/> kein Transfer
Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Lift	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze
Baden / Duschen		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> hilft mit	<input type="checkbox"/> hilfebedürftig
Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> Wannenlift	<input type="checkbox"/> Hocker	<input type="checkbox"/> Körperpflege im Bett
Treppensteigen		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Treppenlift	

#### ZUR PERSON 2

Ist Person 2 mobil?  ja  nein

Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> mit Rollator	<input type="checkbox"/> mit Gehstock	<input type="checkbox"/> sturzgefährdet
<input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> benötigt Betreuungskraft	
Transfer Bett / Rollstuhl		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> hilft mit	<input type="checkbox"/> kein Transfer
Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Lift	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze
Baden / Duschen		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> hilft mit	<input type="checkbox"/> hilfebedürftig
Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> Wannenlift	<input type="checkbox"/> Hocker	<input type="checkbox"/> Körperpflege im Bett
Treppensteigen		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Treppenlift	

### 3f Kommunikationsfähigkeit

#### ZUR PERSON 1

**Keine** Einschränkungen

Sehen	Hören	Sprechen
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
<input type="checkbox"/> fast erblindet	<input type="checkbox"/> fast gehörlos	<input type="checkbox"/> fast stumm
<input type="checkbox"/> erblindet	<input type="checkbox"/> gehörlos	<input type="checkbox"/> verstummt

#### ZUR PERSON 2

**Keine** Einschränkungen

Sehen	Hören	Sprechen
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
<input type="checkbox"/> fast erblindet	<input type="checkbox"/> fast gehörlos	<input type="checkbox"/> fast stumm
<input type="checkbox"/> erblindet	<input type="checkbox"/> gehörlos	<input type="checkbox"/> verstummt

## 4 Anamnese | Körperpflege / Ankleiden / Essen- u. Trinken / Schlafen / ...

### 4a Körperpflege

	selbstständig		teilweise selbstständig		unter Anleitung		komplette Unterstützung	
Gesicht	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>
Oberkörper	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>
Intimpflege	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>
Haare kämmen / waschen	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>
Rasieren	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>
Handpflege	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>
Fußpflege	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>

#### 4b Ankleiden

- P1  P2  selbstständig  
P1  P2  benötigt Hilfe  
P1  P2  kompl. Unterstützung

#### 4c Essen / Trinken

- P1  P2  selbstständig  
P1  P2  benötigt Hilfe  
P1  P2  kompl. Unterstützung

#### 4d Kau- und Schlucken

- P1  P2  keine  
P1  P2  Störungen  
P1  P2  PEG-Sonde  
P1  P2  Nahrungskarenz  
P1  P2  Trinkkarenz

#### 4e Diäten

P1  P2  keine Welche?

#### 4f Schlafen

P1  P2  keine Probleme P1  P2  sporadisch P1  P2  Schlafrhythmus gestört

##### Nächtliches Aufstehen?

P1  P2  1 Mal P1  P2  2 bis 3 Mal P1  P2  mehr als 3 Mal  
P1  P2  erhält Schlafmittel P1  P2  erhält keine Schlafmittel

Ist eine **nächtliche Betreuung** notwendig?

P1  P2  ja P1  P2  nein

**Wie oft** in der Nacht?

P1  P2  gelegentlich P1  P2  jede Nacht P1  P2  mehrmals i.d. Nacht

#### 4g Aktuelle Therapien

P1  P2  keine P1  P2  Krankengymnastik P1  P2  Logopädie  
Sonstige

Beschreiben Sie **kurz** das Wesen und den Charakter des / der Hilfebedürftigen

## 5 Aufgaben und Angaben für die Betreuungskraft

#### 5a Leichte pflegerische Tätigkeit

- Körperhygiene  
 Intimpflege  
 Hilfe beim Toilettengang  
 An- und Auskleiden  
 Nahrungsaufnahme  
 Flüssigkeitsaufnahme kontrollieren  
 an Medikamenteneinnahme erinnern  
 Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen

##### Sonstiges

#### 5b Interessen der Hilfebedürftigen

- Kochen / Backen  
 Spaziergehen  
 Musik  
 Natur / Tiere  
 Lesen / Lieteratur  
 Fernsehen  
 Handarbeiten  
 Gesellschaftsspiele

##### Sonstiges

#### 5c Haushalts-tätigkeiten

Kochen für  Personen (inklusive der Betreuungskraft)

- Waschen / Bügeln  Wohnfläche reinigen  qm  
 Einkaufen  Balkon- und Blumenpflege  Haustiere versorgen

Welche Haustiere?

## 6 Erwartungen an die Betreuungskraft

**6a** Einsatzbeginn  schnellstmöglich  in 1 Woche  nächsten Monat  
Wunschtermin

**6b** Einsatzdauer  unbegrenzt  < 3 Monate  länger als 3 Monate

**6c** Anforderung

Geschlecht	Alter	Raucher	Führerschein
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> 20 bis 45	<input type="checkbox"/> nur außerhalb	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> 35 bis 60	<input type="checkbox"/> wird nicht toleriert	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> unwichtig	<input type="checkbox"/> unwichtig	<input type="checkbox"/> unwichtig

**6d** Deutschkenntnisse  **mittel** (empfohlen) / Kann sich in bekannten Situationen in einfachen Worten verständigen  
 **gute Deutschkenntnisse** / Kann klare Sprache verstehen und sich verständlich ausdrücken  
 **Grundkenntnisse** / Kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen

**6e** Sonstige Anforderungen

## 7 Rahmenbedingungen für die Betreuungskraft

**7a** Wohnlage  Stadt - zentral  Stadtrand  Dorf  ländlich

**7b** Wohnsituation  Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  Wohnung

**7c** Einkaufssituation (Fußweg)  ca. 10 Min.  ca. 20 Min.  
 ca. 40 Min.  1 Stunde und länger

**7d** Zimmerausstattung für die Betreuungskraft  Eigenes Zimmer  Eigenes Bad  
 Bett  Tisch  Schrank  TV  Radio  Internetzugang

### Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Internet (Google und Co.)  
 Medien (Zeitung, Flyer,...)  
 Persönliche Empfehlung  
 Krankenhaus  
 Hausarzt

### Sonstiges

ausdrucken

Eingaben löschen

Ich bestätige, dass die gemachten Angaben und Informationen nach bestem Wissen, wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Durch Zusendung Ihres Fragebogens erklären Sie sich einverstanden, dass herz&hand die erhaltenen, persönlichen Daten zur Kontaktperson bzw. zum Hilfebedürftigen im Rahmen der Abwicklung verwendet. Soweit es notwendig ist, wird herz&hand diese Daten an Vertragspartner weitergeben, um ein Vertragsangebot oder einen Personalvorschlag zur Pflege des Hilfebedürftigen unterbreiten zu können. Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten über den den Hilfebedürftigen autorisiert zu sein. Bei elektronischer Versendung (E-Mail) haben die Angaben trotz fehlender Unterschrift dennoch Gültigkeit.

Datum

Unterschrift