

## Fragebogen

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden dieses per Post, oder per E-Mail an unsere Agentur zurück.  
Für offene Fragen stehen wir Ihnen gerne zu Verfügung.

## Bedarfsfragebogen

### Angaben zur betreuenden Person

#### Beginn der Leistung

Vorname	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	<input type="text"/>
(PLZ)	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
Telefonnummer(Mobil)	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/>
Größe	<input type="text"/>

Lebt die zu betreuende Person alleine?      ja       nein

Wenn nein: Wer ist der Mitbewohner

Wenn nein: Ist der Mitbewohner auch hilfsbedürftig?      ja       nein

Wenn ja, bitte einen zweiten Bedarfsfragebogen ausfüllen.

## Angaben zur Kontaktperson

Vorname

Nachname

Straße und Hausnummer

(PLZ)

Ort

Telefonnummer

Telefonnummer (Mobil)

E-Mail-Adresse

Beziehungsebene zur  
betreuenden Person?

Ehepartner/in

Gesetzl. Betreuer/in

Tochter/Sohn

Andere

Enkelin

## Fragen zu den gesundheitlichen Einschränkungen

### Diagnosen

Gehschwache  Schlaganfall  Herzrhythmusstörung  Asthma  Osteoporose

Rheuma  beginnende Demenz  Demenz  Alzheimer  Diabetes

Diabetes insulinpflichtig  Allergien  Herzinsuffizienz  Dekubitus

Depression  chronische Durchfälle  Hypertonielinkontinenz  Parkinson

Tumor  Herzinfarkt  Stoma  Multiple Sklerose  COPD

Sonstige Diagnosen

### Probleme in der Kommunikation

Sprache keine  mäßige  massive

Hörvermögen keine  mäßige  massive

Sehkraft keine  mäßige  massive

Hilfsmittel Hörgerät  Brille

Anmerkungen

### Probleme in der Orientierung

Zeitliche	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	massive	<input type="checkbox"/>
Örtliche	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	massive	<input type="checkbox"/>
Persönliche	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	massive	<input type="checkbox"/>
Situative	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	massive	<input type="checkbox"/>
Bewusstsein (Gedächtnis)	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	massive	<input type="checkbox"/>
Auswahl der Kleidung	keine	<input type="checkbox"/>	mäßige	<input type="checkbox"/>	massive	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen

### Motorische Einschränkungen

Hinlegen - Aufstehen	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig	<input type="checkbox"/>
Hinsetzen - Aufstehen Stehen	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig	<input type="checkbox"/>
Gehen	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Gehhilfen	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Rollstuhl	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig	<input type="checkbox"/>
Transfer (Umsetzen)	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig	<input type="checkbox"/>
Lagern im Bett (Umdrehen)	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen

Hilfsmittel    Gehstock     Dekubitusmatratze     Rollator     Toilettensitzerhöhung     Pflegebett   
 Patientenlifter     Duschstuhl/-Hocker     Treppenlift     Rollstuhl     Badewannenlifter

Anmerkungen

**Körperpflege**

Waschen am Waschbecken	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Waschen im Bett	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Mund-/Zahn-/Prothesenpfleg	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Intimpflege / Ausscheidung	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Haarpflege	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Rasieren	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Hautpflege	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Nägel-/Fußpflege	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	selbstständig <input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig <input type="checkbox"/>	teilweise unselbstständig <input type="checkbox"/>	unselbstständig <input type="checkbox"/>

Wie oft pro Woche?

Anmerkungen

**Ausscheidungen**

Harninkontinenz	nein <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	immer <input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	nein <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	immer <input type="checkbox"/>
Hilfsmittel	Windeln <input type="checkbox"/>	Katheter <input type="checkbox"/>	Vorlagen <input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter <input type="checkbox"/>
	Urinflasche <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/>	

Anmerkungen

## Nahrungsaufnahme

Probleme beim Essen ja  nein

Kau-/ Schluckstörungen ja  nein

Wenn ja,welche?

PEG-Sonde ja  nein

Diätvorschriften ja  nein

Wenn ja,welche?

Probleme beim Trinken ja  nein

Trinkmenge normal  braucht Anregung

Anmerkungen

## Nachtruhe

Nachtruhe von ca. (Uhr)  bis ca. (Uhr)

Schläft durch? ja  nein

Wenn nein, steht wie häufig nachts auf? 1 Mal  2-3 Mal  mehr als 3 Mal

Wenn nein, benötigt Unterstützung? ja  nein

Werden Schlafmittel eingenommen? ja  nein

Anmerkungen

## Aktuelle Therapien

Befindet sich die zu betreuende Person in Therapie ja  nein  Physiotherapie  Logopädie  Ergotherapie

Sonstige Therapien

## Freizeit & Beschäftigung

Tagesgestaltung selbstständig  unter Anleitung  unselbständig

Kann sich beschäftigen selbstständig  unter Anleitung  unselbständig

Ehemalige berufliche Tätigkeit

Hobby- & Interessen Beschreibung

Außenaktivitäten

Tagesrhythmus bestimmende Tätigkeiten

## Medikamenteneinnahme

Einnahme erfolgt selbstständig  unter Anleitung  unselbständig

Wie ist die zu betreuende Person vom Wesen und Charakter? (lieb, ruhig, aufgeschlossen, anspruchsvoll o.a.)

## Fragen zum Betreuungs-und Pflegeumfang

### Pflegebedarf

Welchen Pflegegrad hat die zu betreuende Person?

keine  1  2  3  4  5

Wurde eine Erst- oder Höherstufung beantragt?

keine  1  2  3  4  5

Soll ein Pflegedienst in Anspruch genommen werden?

ja  nein

Wenn ja,welche Tätigkeiten soll der Pflegedienst erbringen?

Wenn ja,wie oft?

Geht die zu betreuende Person in eine Tagespflege?

ja  nein

Wenn ja,wie oft?

Werden sonstige Hilfsleistungen durch Dritte erbracht?

### Bedarf an hauswirtschaftlicher Leistung

Gibt es eine zusätzliche Haushaltshilfe?

ja  nein

Wenn ja, wie oft soll sie zum Einsatz kommen und in welchem Umfang?

Welche Aufgaben sollen erbracht werden?

- |                     |       |                          |           |                          |      |                          |
|---------------------|-------|--------------------------|-----------|--------------------------|------|--------------------------|
| Einkaufen           | immer | <input type="checkbox"/> | ab und zu | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Kochen              | immer | <input type="checkbox"/> | ab und zu | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Abwaschen           | immer | <input type="checkbox"/> | ab und zu | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Wäsche waschen      | immer | <input type="checkbox"/> | ab und zu | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Bügeln              | immer | <input type="checkbox"/> | ab und zu | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Putzen              | immer | <input type="checkbox"/> | ab und zu | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Begleitung zum Arzt | immer | <input type="checkbox"/> | ab und zu | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

Welche weitere Hilfe wird im Haushalt benötigt?

### Haustierversorgung

Sollen Haustiere mitversorgt werden?

- ja     nein     nach Bedarf

Um welche Tiere handelt es sich?

## Wohnsituation der zu betreuenden Person

### Wohnlage

- Stadt- zentral     Stadt- abgelegen     Dorf     Ländlich

### Wohnumgebung

- Einfamilienhaus     Mehrfamilienhaus     Wohnung     Sonstige

### Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.:

- unter 15 min.     unter 30 min.     mehr als 30 min.



Anmerkungen

**Zusätzliche Ausstattung des Zimmers (Bett und Kleiderschrank und Bad-Mitbenutzung sind vorausgesetzt)**

eigenes Bad  TV  Internet/WLAN  Internet-Stick

Anmerkungen

**Anforderungen an die Betreuungskraft**

**Geschlecht**

keine Präferenz  Frau  Mann

**Sprachkenntnisse**

keine Präferenz  Geringe  Mittlere  Gute

**Führerschein**

keine Präferenz  nein  ja, mit Fahrpraxis

Wenn Auto vorhanden  Schaltgetriebe  Automatikgetriebe

Marke/Modell

**Alter in Jahren**

keine Präferenz  Alterswunsch  20-30  30-40  40-50  alter als so 50

**Raucher / in**

keine Präferenz (geraucht wird grundsätzlich im Außenbereich)  ja  nein (Raucher nicht erwünscht)

Wenn ja, handelt es sich um einen Raucherhaushalt?  ja  nein

## Erwartungen

Welche Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

## Zum Schluss freuen wir uns auf einen Hinweis, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind?

Internet  Bekannte / Freunde

Arzt  Wenn ja, wer?

Beratungsstelle  Wenn ja, welche?

Pflegedienst  Wenn ja, welcher?

## Unterschrift

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die Pflegeagentur Pflege XXL die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, einzusehen unter: [www.pflegexxl.de/datenschutzerklärung](http://www.pflegexxl.de/datenschutzerklärung). Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der Pflegeagentur Pflege XXL kontaktiert zu werden.

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

---

Datum, Unterschrift/ Signatur (Vor- und Nachname)