

Bedarfsfragebogen

Angaben zum Antragsteller

Anrede: _____

Vorname (Pflichtfeld): _____

Name (Pflichtfeld): _____

Straße/Hausnummer (Pflichtfeld): _____

PLZ (Pflichtfeld): _____

Ort: _____

Telefon (Pflichtfeld): _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail (Pflichtfeld): _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Angaben zur Person, die betreut werden soll

Anrede: _____

Vorname (Pflichtfeld): _____

Name (Pflichtfeld): _____

Straße/Hausnummer (Pflichtfeld): _____

PLZ (Pflichtfeld): _____

Ort: _____

Telefon (Pflichtfeld): _____

Mobiltelefon: _____

Geburtstag (Pflichtfeld): _____

Größe (Pflichtfeld): _____

Gewicht (Pflichtfeld): _____

Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

- Allergien*
- altersbedingte Gehschwäche*
- Alzheimer*
- Asthma*
- chronische Durchfälle*
- Demenz leicht*
- Demenz mittel*
- Demenz schwer*
- Dekubitus*
- Depression*
- Diabetes*
- Diabetes insulinpflichtig*
- Herzinfarkt*
- Herzinsuffizienz*
- Herzrhythmusstörung*
- Hypertonie*
- Inkontinenz*
- multiple Sklerose*

- Osteoporose
- PARKINSON
- Rheuma
- Schlaganfall links
- Schlaganfall rechts
- Stoma (Anus praeter)
- Sonstige: _____

Grundsätzliche Fragen

Wenn zutreffend, bitte anklicken:

- Patient ist bettlägerig
- Patient muss gelagert werden
- Patient muss im Bett gewaschen werden
- Patient braucht Hilfe beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl
- Patient hilft beim Transfer aktiv mit
- Patient leidet an Schlafstörungen
- Patient muss in der Nacht mehrmals auf die Toilette

Hat der Patient ansteckende Krankheiten? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Verfügt der Patient bereits über eine Pflegestufe?: _____

Ist ein Pflegedienst beauftragt? Ja Nein

Startdatum? _____

Voraussichtliche Pflegedauer: _____

Wie viele Personen leben im Haushalt?: _____

Kommunikation

Hören: _____

Sehen: _____

Sprechen: _____

Bewegung

Gehen: _____

Stehen: _____

Hilfsmittel:

- Stock
- Nachtstuhl
- Rollator
- Rollstuhl
- Pflegebett
- Dekubitusmatratze
- Badewannenlift

Duschsitz

Treppensteiger

Hygiene

Hautpflege: _____

Mundpflege: _____

Haarpflege: _____

Intimpflege: _____

Handpflege: _____

Fußpflege: _____

Rasieren: _____

Essen und Trinken

Essen: _____

Trinken: _____

Kauen und Schlucken: _____

PEG Sonde: *Ja* *Nein*

Ausscheiden

Urininkontinenz: _____

Stuhlinkontinenz: _____

Hilfsmittel: _____

Blasenkatheter

- Suprapubischer Katheter*
- Urinflasche*
- Windeln*
- Vorlagen*

Kleiden

Ankleiden: _____

Auskleiden: _____

Beschäftigung

Interessen und Hobbies des Patienten: _____

Wie würden Sie das Wesen der Person beschreiben? (lieb, streng, bestimmt, offen, etc.)

Pflegepersonal

Geschlecht: _____

Raucher: _____

Führerschein: _____

Angaben zur Tätigkeit der Pflegekraft: _____

- Kochen*
- Arztbesuche*
- Spazieren gehen*

- Wäsche waschen*
- Freizeitgestaltung*
- Pflege der Zimmerpflanzen*
- Bügeln*
- Einkaufen gehen*
- Gemeinsame Ausflüge*
- Gesellschaft leisten*
- Auto fahren*
- Haustiere versorgen*
- Sonstiges: _____*

Unterkunft für die Pflegekraft: _____

Was steht der Betreuungskraft privat zur Verfügung?

- Eigenes Zimmer*
- WLAN / Internet*
- Fernseher*
- Auto*

Sprachkenntnisse: _____

Muss eine weitere Person gepflegt werden?

- Ja* *Nein*

Sonstige Anmerkungen:
