

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Kontaktdaten

Name der Kontaktperson _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

E-Mail – Adresse _____

Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson: _____

Name des Patienten _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Größe _____ / Gewicht _____

Wohnt der Patient alleine? _____

Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Keiner

Beantragt: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Keiner

Pflegedienst Erfolgt z. Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden:

☐ ja ☐ nein

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst: _____

Diagnosen/ Beeinträchtigungen

- ☐ Altersbedingte Gehschwäche
- ☐ Diabetes
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Alzheimer

- ☐ Asthma
- ☐ Demenz
- ☐ Hypertonie
- ☐ Osteoporose

- ☐ Parkinson
- ☐ Depression
- ☐ Inkontinenz

☐ Tumor/ Krebserkrankungen: _____

☐ Schlaganfall, Beeinträchtigungen: _____

☐ sonstige: _____

☐ Allergien: _____

Kommunikation möglich?

- | | | | |
|-------------|------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Sprache | ☐ gut | ☐ zeitweise | ☐ gar nicht |
| Hörvermögen | ☐ gut | ☐ zeitweise | ☐ gar nicht |
| Sehkraft | ☐ gut | ☐ zeitweise | ☐ gar nicht |

Hilfsmittel vorhanden?

- | | | |
|----------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hörgerät | ☐ ja | ☐ nein |
| Brille | ☐ ja | ☐ nein |

Orientierung vorhanden?

- | | | | |
|------------|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Zeitlich | ☐ ja | ☐ zeitweise | ☐ gar nicht |
| Örtlich | ☐ ja | ☐ zeitweise | ☐ gar nicht |
| Persönlich | ☐ ja | ☐ zeitweise | ☐ gar nicht |

Bewegung

- ☐ Selbstständig
- ☐ überwiegend im Rollstuhl

- ☐ mit Unterstützung
- ☐ Bettlägerig

Hilfsmittel vorhanden?

- ☐ Rollstuhl
- ☐ Rollator

- ☐ Unterarmgehstützen

<u>Körperpflege</u>	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterst.
Gesicht	☐	☐	☐	☐
Mundpflege/ Zahnprothese	☐	☐	☐	☐
Oberkörper	☐	☐	☐	☐
Gesäß/ Beine	☐	☐	☐	☐
Intimpflege	☐	☐	☐	☐
Haare kämmen/ waschen	☐	☐	☐	☐
Rasieren	☐	☐	☐	☐
Handpflege	☐	☐	☐	☐
Fußpflege	☐	☐	☐	☐

Baden/ Duschen ☐ Selbstständig ☐ braucht Hilfe ☐ komplett hilfsbedürftig
☐ Wöchentlich ☐ Täglich

Urinkontrolle ☐ kontinent ☐ teilweise inkontinent (z.B. nachts)
☐ inkontinent

Stuhlkontrolle ☐ kontinent ☐ teilweise inkontinent (z.B. nachts)
☐ inkontinent

An-/ auskleiden ☐ Selbstständig ☐ braucht Hilfe ☐ komplett hilfsbedürftig

Essen/ Trinken ☐ Selbstständig ☐ braucht Hilfe z. B. beim Schneiden
☐ komplett hilfsbedürftig

Diät ☐ Keine
☐ Ja (welche): _____

Nachteinsätze ☐ nein ☐ ab und zu ☐ häufig ☐ jede Nacht

Haustiere ☐ Keine ☐ ja, welche: _____

Ausstattung des Zimmers für den/die Mitarbeiter/in

- ☐ eigenes Bad ☐ Bett ☐ Tisch ☐ Schrank ☐ Radio ☐ TV
- ☐ Zugang zum Internet

Was ist Ihnen außerdem noch wichtig? : _____

[illegible]