



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 | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| Hörvermögen | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| Sehkraft | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |

Hilfsmittel vorhanden?

- | | | |
|----------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hörgerät | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Brille | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Orientierung vorhanden?

- | | | | |
|------------|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Zeitlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| Örtlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| Persönlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |

Bewegung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung |
| <input type="checkbox"/> überwiegend im Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Bettlägerig |

Hilfsmittel vorhanden?

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|



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

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: _____

