



## Seniorenbetreuung Lebherz

Vermittlung von Pflegekräften für Ihre ganz persönliche  
24 Stunden Pflege und Betreuung zu Hause

Telefon: 07432-1599035

Email: info@24h-daheimbetreuung.de

### Fragebogen zur Bedarfsanalyse

Gerne erstellen wir Ihnen ein unverbindliches und kostenloses Preisangebot und machen Ihnen Vorschläge für eine geeignete Betreuungskraft.

Hierfür benötigen wir die Informationen aus unserem Fragebogen.

#### Kontaktperson/Ansprechpartner

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Ihre Email-Adresse	
Ihre Telefonnummer	
Ihre Handynummer	
PLZ, Wohnort	
Straße und Hausnummer	
Verwandtschaftsgrad zur betreuten Person	

#### Beginn der Betreuung

Gewünschter Einsatzbeginn	
Fixtermin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Circa-Angabe

#### Vertragspartner

Wer soll Vertragspartner werden	<input type="checkbox"/> Kontaktperson <input type="checkbox"/> Betreute Person
---------------------------------	---

## Zu betreuende Person/Leistungsempfänger

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
PLZ, Wohnort	
Straße und Hausnummer	
Telefonnummer	
Gewicht	
Größe	
Wohnt die zu betreuende Person alleine?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leben noch weitere Personen im Haushalt? Falls ja, wer?	
Braucht ein weiteres Familienmitglied Unterstützung? Falls ja, wer?	

Hinweis: Bitte füllen Sie in diesem Fall auch für dieses Familienmitglied einen Fragebogen aus.

Welcher Pflegegrad liegt vor?	<input type="checkbox"/> Kein PG	<input type="checkbox"/> PG 1	<input type="checkbox"/> PG 2	<input type="checkbox"/> PG 3	<input type="checkbox"/> PG 4	<input type="checkbox"/> PG 5
Wurde ein Pflegegrad/Höherstufung beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein				
Falls ja, welchen Pflegegrad erwarten Sie?						
Erfolgt zur Zeit die Versorgung durch einen Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein				
Falls ja, wie oft am Tag?	<input type="checkbox"/> Einmal	<input type="checkbox"/> Zweimal	<input type="checkbox"/> Öfter			
Anmerkungen						
Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?						
Kommt der Pflegedienst auch weiterhin, wenn eine Betreuungskraft vor Ort ist?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein				
Falls ja, für welche Tätigkeiten?						

<b>Sind Einsätze in der Nacht erforderlich?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Regelmäßig einmal pro Nacht <input type="checkbox"/> Regelmäßig ein- bis zweimal pro Nacht <input type="checkbox"/> Regelmäßig zweimal pro Nacht <input type="checkbox"/> Regelmäßig mehr als zweimal pro Nacht
<b>Welche nächtlichen Aufgaben gibt es?</b>	<input type="checkbox"/> Begleitung beim Toilettengang <input type="checkbox"/> Überwachung bei nächtlicher Unruhe <input type="checkbox"/> Windeln wechseln <input type="checkbox"/> Sonstige Einsätze. Falls ja, welche?
<b>Liegt Inkontinenz vor?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teilweise
<b>Falls ja, welche Art der Inkontinenz?</b>	<input type="checkbox"/> Urininkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz
<b>Falls ja, welche Hilfsmittel werden eingesetzt?</b>	<input type="checkbox"/> Einlagen <input type="checkbox"/> Windeln
<b>Liegt Demenz vor?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beginnend
<b>Wie äußert sich die Erkrankung? ( Betreute Person ist vergesslich, aggressiv, ...)?</b>	
<b>Weitere Gesundheitsbeeinträchtigungen</b>	
<input type="checkbox"/> Depressionen <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Tumor/Krebs <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle <input type="checkbox"/> Problem mit der Speiseröhre <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Künstliche Ernährung	
<b>Sonstige Erkrankungen Bitte erläutern</b>	

## Fragen zur Mobilität

Wie kann sich die betreute Person bewegen?	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	
	<input type="checkbox"/> Nur mit Rollator	<input type="checkbox"/> Nur mit Rollstuhl	
Benötigt die betreute Person Hilfe beim...	<input type="checkbox"/> Hinsetzen/Aufstehen	<input type="checkbox"/> Hinlegen/Aufstehen	
Kann die betreute Person Treppen steigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Mit Hilfe
Ist ein Treppenlift vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sind Transfers notwendig, z.B. das Umsetzen vom Bett in den Rollstuhl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, welche?			
Kann die betreute Person mithelfen?	<input type="checkbox"/> Ja. Es ist nur wenig Unterstützung notwendig <input type="checkbox"/> Teilweise. Kurzzeitiges Stehen ist möglich <input type="checkbox"/> Nein. Ein kompletter Transfer ist notwendig		
Steht ein Patientenlifter zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Ist die betreute Person bettlägerig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

## Einschränkungen in der Kommunikation

Sprache	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Mäßig	<input type="checkbox"/> Massiv
Sehvermögen	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Mäßig	<input type="checkbox"/> Massiv
Hörvermögen	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Mäßig	<input type="checkbox"/> Massiv
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	

## Einschränkungen in der Orientierung

Zeitlich	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Massiv
Örtlich	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Massiv
Persönlich	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Massiv
Situativ	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Massiv

## Wohnsituation

Wie wohnt die betreute Person?	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Wohnung
Wohnfläche in qm		
Hält die betreute Person Haustiere?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, welche Haustiere?		
Wohnlage	<input type="checkbox"/> Stadt zentral	<input type="checkbox"/> Stadt abgelegen
	<input type="checkbox"/> Dorf	<input type="checkbox"/> Ländlich abgelegen
Zu Fuß erreichbare Einkaufsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/> Unter 15 Min.	<input type="checkbox"/> Unter 30 Min.
	<input type="checkbox"/> Unter 45 Min.	<input type="checkbox"/> Keine

## Aufgaben der Betreuungskraft

Für wieviele und für welche Personen soll die Betreuungskraft kochen? (ohne die Betreuungskraft selbst)	
Welche Aufgaben soll die Betreuungskraft im Haushalt übernehmen?	
Welche Unterstützung benötigt die betreute Person bei der Grundpflege? (Waschen, Ankleiden, Windeln wechseln...)	

## Unterbringung der Betreuungskraft

Der Betreuungskraft steht zur Verfügung	<input type="checkbox"/> Eigenes Zimmer mit Internetzugang (Voraussetzung) <input type="checkbox"/> Eigenes Badezimmer <input type="checkbox"/> Eigene Toilette <input type="checkbox"/> Einliegerwohnung
---	--

## Freizeitregelung für die Betreuungskraft

Nach Möglichkeit und Absprache	<input type="checkbox"/> Stundenweise täglich 2-3 Std. (Voraussetzung) <input type="checkbox"/> Zwei halbe oder ein Tag pro Woche (freiwillig)
--------------------------------	---

## Ihre Wünsche / Anforderungen an die Betreuungskraft

<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Keine Präferenz
<b>Alter</b>	<input type="checkbox"/> Bis 50 Jahre <input type="checkbox"/> Älter als 50 Jahre <input type="checkbox"/> Keine Präferenz
<b>Rauchen</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, aber nur draußen
<b>Führerschein</b>	<input type="checkbox"/> Unbedingt erforderlich <input type="checkbox"/> Wünschenswert <input type="checkbox"/> Nicht notwendig
<b>Sprachkenntnisse</b>	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse (Die Betreuungskraft versteht einzelne Worte) <input type="checkbox"/> Mittlere Kenntnisse (Die Betreuungskraft versteht kurze Sätze und kann sich mit einfachen Worten und Sätzen verständigen) <input type="checkbox"/> Gute Kenntnisse (Eine einfache Unterhaltung ist möglich)
<b>Zusätzliche Informationen</b>	

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung

Beratungsstelle

Internet

Inserat

Flyer

Sonstiges