

Bedarfsfragebogen

Rücksendung an:

Email info@lichtblickpflege.de, Fax 0 5206 - 705 19 89 oder per Post LichtblickPflege KG,
Heidsieker Heide 60, 33739 Bielefeld. Bei Fragen rufen Sie uns bitte an: 0 5206 - 705 19 86

1. Rahmendaten und persönliche Angaben

Angaben zur Kontaktperson

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>	Hausnummer:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
E-Mail Adresse:	<input type="text"/>		
Beziehung zur pflegebedürftigen Person:	<input type="text"/>		

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>	Hausnummer:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Größe:	<input type="text"/>	Gewicht:	<input type="text"/>
Wer wohnt mit im Haushalt:	<input type="text"/>		

2. Pflegeeinstufung und gesundheitlicher Zustand

Pflegegrad

1
 2
 3
 4
 5
 Ohne
 Beantragt

Ambulanter Pflegedienst

Erfolgt aktuell eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst? Ja Nein

Wollen Sie künftig einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen? Ja Nein

Medizinische Angaben

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Demenz (beginnend) | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Parkinson | |
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | | |

Ansteckende Krankheiten

Sind ansteckende Krankheiten vorhanden (z.B. MRSA): Ja Nein

Falls ja, dann welche:

Kommunikations- und Wahrnehmungsprobleme

Hörvermögen: keine mäßige erhebliche Probleme

Sehkraft: keine mäßige erhebliche Probleme

Sprache: keine mäßige erhebliche Probleme

Hilfsmittel:

Körperpflege

	Selbstständig	teilweise Selbstständig	nur mit Unterstützung
Gesicht:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mundpflege/Zahnprothese:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oberkörper:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesäß/Beine:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intimpflege:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haare kämmen/waschen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rasieren:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Handpflege:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fußpflege:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Motorische Einschränkungen

Bewegung:	<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung
	<input type="radio"/> Rollstuhl	<input type="radio"/> bettlägerig
Treppensteigen:	<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung
	<input type="radio"/> nicht möglich	
Duschen/Baden:	<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung
	<input type="radio"/> komplett hilfsbedürftig	
An-/Auskleiden:	<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung
	<input type="radio"/> komplett hilfsbedürftig	

Hilfsmittel:

Nahrungsaufnahme

Essen:

- selbständig mit Unterstützung
 komplett hilfsbedürftig

Trinken:

- selbständig mit Unterstützung
 komplett hilfsbedürftig

Kau-/Schluckstörung:

- keine Störung
 PEG Sonde

Störungsart:

Diät:

Schlaf

Schlafmittel:

- Ja Nein

Einschlafprobleme:

- Ja Nein

Durchschlafprobleme:

- keine sporadisch braucht Nachts Hilfe
 Schlaf-Wach-Rythmus gestört

Inkontinenz

Urinkontrolle:

- kontinent teilweise inkontinent
 inkontinent

Stuhlkontrolle:

- kontinent teilweise inkontinent
 inkontinent

Hilfsmittel:

Therapie

Aktuelle Therapie:

keine

Krankengymnastik

Logopädie

psychologische Betreuung

Charakter und Wesen der/des Pflegebedürftigen

3. Rahmenbedingungen / Infrastruktur

Wohnlage

städtisch (zentral)

städtisch (abgelegen)

ländlich

Wohnanlage

Wohnung

Mehrfamilienhaus

Einfamilienhaus

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß erreichbar in ca.)

0 - 15 Min

0 - 30 Min

30 > Min

Anmerkungen:

Ausstattung des Zimmers (Kleiderschrank und Bett sind vorausgesetzt)

eigenes Bad

TV

WLAN/Internet

Anmerkungen:

4. Ihre Erwartungen und Wünsche an die persönliche Betreuungskraft

Geschlecht:	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Mann	<input type="radio"/> egal
Alter:	<input type="radio"/> 20-30	<input type="radio"/> 30-40	<input type="radio"/> 40-50
Nationalität:	<input type="radio"/> egal	<input type="radio"/> Wunsch:	<input type="text"/>
Sprachkenntnisse:	<input type="radio"/> egal	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel
	<input type="radio"/> gut		
Raucher/in:	<input type="radio"/> egal	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Führerschein:	<input type="radio"/> egal	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Welche Vorstellungen und Erwartungen soll Ihre persönliche Betreuungskraft erfüllen?

5. Aufgaben der Betreuungskraft

Aufgaben

	immer	sporadisch	nie
Einkaufen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kochen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wäsche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bügeln:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Putzen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Begleitung beim Arztbesuch:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ist eine Haushaltshilfe vorhanden?

nein ja (wie oft im Einsatz?)

Haustiere

nein ja (welches? wie groß?)

Haustiersversorgung erwünscht?

nach Bedarf

ja

nein

Wird im Haushalt an weiteren Stellen Hilfe benötigt?

6. Zeitpunkt und Dauer

Wann soll Ihre Pflegekraft den Einsatz beginnen?

schnellstmöglich

zum:

Wie lange soll die Betreuung dauern?

bis zu 3 Monaten

3 - 12 Monate

auf zunächst unbestimmte Zeit

Datenschutz

Wir respektieren und schützen Ihre Privatsphäre. Die LichtblickPflege KG wird personenbezogene Daten nur zum Zweck der Bearbeitung Ihrer Anfrage und ggf. im Rahmen einer nachfolgenden Vermittlungsbetreuung verwenden. Sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen, werden personenbezogene Daten bei gegebener Inaktivität von uns gelöscht. Selbstverständlich können Sie die Löschung Ihrer Daten auch jederzeit durch persönliche, schriftliche oder fernmündliche Kontaktaufnahme mit uns verlangen oder einfach über eine formlose Mitteilung an: info@lichtblickpflege.de

Bestätigung

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die LichtblickPflegeKG die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen persönlichen Daten zur Kontaktperson bzw. zum Hilfsbedürftigen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Soweit es für die Bearbeitung meiner Anfrage notwendig ist, gibt die LichtblickPflege KG diese Daten an Vertragspartner weiter, die diese Daten benötigen, um einen Personalvorschlag bzw. ein Vertragsangebot zur Unterstützung des Hilfsbedürftigen zu unterbreiten.

- Ich versichere zur Angabe und Weiterleitung der hier genannten Daten befugt zu sein.
- Ich bestätige, dass die zuvor genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift