

# Bedarfsfragebogen

Rücksendung an:

Email [info@lichtblickpflege.de](mailto: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"/>

## 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 Gehschwäcl   |  |  |

### 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:  selbstständig  mit Unterstützung  
 Rollstuhl  bettlägerig
- Treppensteigen:  selbstständig  mit Unterstützung  
 nicht möglich
- Duschen/Baden:  selbstständig  mit Unterstützung  
 komplett hilfsbedürftig
- An-/Auskleiden:  selbstständig  mit Unterstützung  
 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:
- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> keine     | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik         |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> psychologische Betreuung |
| <input type="checkbox"/>           |   |

### 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:  Frau  Mann  egal
- Alter:  20-30  30-40  40-50
- Nationalität:  egal  Wunsch:
- Sprachkenntnisse:  egal  gering  mittel  
 gut
- Führerschein:  egal  ja  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?)

Haustierversorgung 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

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- über eine Zeitung  über eine Empfehlung  eine Suchmaschinen-Suche  
 über unsere Website  Sonstige:

## 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](mailto: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