Eine Bedarfsanalyse ist die Grundlage für die Suche nach einer adäquaten Betreuung bei Ihnen Zuhause. Aus diesem Grund bitten wir Sie, sich Zeit zu nehmen und den Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Anhand Ihrer Angaben können wir ein erstes Kostenangebot erstellen und mit der Suche nach einer geeigneten Betreuungsperson beginnen.

Sie haben die Möglichkeit, zwischen pflegeunterstützender Haushaltkraft oder einer Pflegekraft mit anerkanntem Abschluss zu wählen. Eine Pflegekraft mit Abschluss übernimmt zusätzlich die Aufgaben der Behandlungspflege.

Gern unterstützen wir Sie auch telefonisch beim Ausfüllen der Bedarfsanalyse unter der Nummer:

**040-696 32 69 80**

## Per Post

- Ausdrucken
- Fragebogen vollständig ausfüllen
- Per Post an:

  **PPB GmbH & Co. KG**
  **Privatschwester**
  **Hoheluftchaussee 18**
  **20253 Hamburg**

## Per E-Mail

- Fragebogen vollständig ausfüllen und speichern
- PDF per E-Mail senden an:

  **info@privatschwester.de**

# 1. Personendaten

## 1.1 Daten des Auftraggebers / des Ansprechpartners

☐ ergänzender Fragebogen für zweite zu betreuende Person (optional)

☐ Frau ☐ Herr Vorname | Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Telefon | Mobil

Fax | E-Mail

Verhältnis zur 1. (2.) hilfsbedürftigen Person

## 1.2 Erste zu betreuende Person

☐ Frau ☐ Herr Vorname | Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Telefon | Mobil

Größe in cm | Gewicht in kg

## 1.3 Zweite zu betreuende Person (optional)

Bitte einen zusätzlichen Bedarfsbogen ausfüllen und ankreuzen!

☐ Frau ☐ Herr Vorname | Nachname

## 1.4 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Krankenhaus ☐ ambulanter Pflegedienst ☐ Beratungsstelle ☐ Arzt / Therapeut ☐ Internetrecherche ☐ persönliche Empfehlungen ☐ sonstiges

nähere Angaben Ihrer Quelle

# 2. Angaben zur Betreuung

## 2.1 Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ derzeit kein Pflegegrad

## 2.2 Diagnose und Gründe für die Betreuungsbedürftigkeit

☐ Demenz (z.B. Alzheimer) ☐ Einsamkeit ☐ Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt) ☐ Altersschwäche ☐ Angstzustände ☐ Schwäche nach stationärer Behandlung

☐ Krebs ☐ Depressionen ☐ rheumatische Erkrankung ☐ Unfall/Sturz ☐ Amputation ☐ Diabetes

☐ Parkinson ☐ sonstiges

Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeit?

☐ nein ☐ ja, folgende

Hat die hilfsbedürftige Person ansteckende Krankheit oder Keime (z.B. MRSA, ESBL, Hepatitis)?

☐ nein ☐ ja, folgende

Hat die hilfsbedürftige Person eine Hauterkrankung/-schädigung (z.B. Dekubitus)?

☐ nein ☐ ja, Versorgung durch

Wird ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen?

☐ nein ☐ wöchentlich ☐ mehrmals die Woche ☐ täglich ☐ mehrmals täglich

Wenn ein amb. Pflegedienst in Anspruch genommen wird, welche Aufgaben soll er weiterhin übernehmen? (optional)

Aufgaben des ambulanten Pflegedienstes

## 2.3 Inkontinenz

Ist die zu betreuende Person inkontinent?

☐ nein ☐ teilweise (z.B. nachts) ☐ Harninkontinent ☐ Stuhlinkontinenz

☐ Dauerkatheter ☐ künstlicher Blasenausgang ☐ künstlicher Darmausgang

Benötigt die zu betreuende Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?

☐ nein ☐ ja, Wechsel erfolgt selbstständig ☐ ja, Wechsel durch Betreuungskraft

## 2.4 Kommunikationsfähigkeit

### Sehen

☐ nicht eingeschränkt ☐ eingeschränkt ☐ stark eingeschränkt ☐ Hilfsmittel ☐ blind

### Hören

☐ nicht eingeschränkt ☐ eingeschränkt ☐ stark eingeschränkt ☐ Hilfsmittel ☐ gehörlos

### Sprechen

☐ nicht eingeschränkt ☐ eingeschränkt ☐ stark eingeschränkt ☐ verstummt ☐ Schluck-störungen ☐ Aspirations-gefahr

## 2.5 Mobilität

### Bewegung

☐ selbstständig ☐ mit Unterstützung

weitere Angaben

### Treppensteigen

☐ selbstständig ☐ mit Unterstützung ☐ nicht möglich

sonstige Angaben

### Körperpflege

☐ selbstständig ☐ mit Unterstützung ☐ vollständige Unterstützung

weitere Angaben

### An-/Auskleiden

☐ selbstständig ☐ mit Unterstützung ☐ vollständige Hilfe

weitere Angaben

### Ist die zu betreuende Person sturzgefährdet?

☐ nein ☐ ja

Ist die zu betreuende Person bettlägerig?

☐ nein ☐ ja, Hilfe beim Umlagern **nicht** notwendig ☐ ja, Hilfe beim Umlagern notwendig

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

☐ Pflegebett ☐ Hebegurt-/sitz ☐ Lifter ☐ Toiletten-/ Duschstuhl ☐ Rollstuhl ☐ Weichlagerung, Wechseldruck Matratze

weitere Hilfsmittel

Ist ein Transfer von Bett zu Roll-, Dusch- oder Toilettenstuhl notwendig?

☐ nein ☐ ja, ☐ mal täglich

Muss die zu betreuende Person angehoben werden?

☐ nein ☐ ja, mit Hilfe ☐ vollständig

## 2.6 Mentale Verfassung (Demenz-Anamnese)

Hat die zu betreuende Person Orientierungsschwierigkeiten?

☐ nein ☐ zeitlich „welcher Tag ist heute" ☐ räumlich „wo bin ich" ☐ örtlich „wo ist die Toilette" ☐ situativ „was mache ich hier gerade"

☐ zu **sich selbst** „wer bin ich" ☐ zu **anderen** „wer bist du"

Zeigt die zu betreuende Person aggressive Verhaltensweisen?

☐ nein ☐ ggü. **sich selbst** ☐ ggü. **anderen** ☐ ggü. Gegenständen ☐ verbal

weitere Angaben

Zeigt die zu betreuende Person weitere Verhaltensweisen?

☐ nein ☐ Angstzustände ☐ Hinfalltendenzen ☐ Apathie (Teilnahmenosigkeit) ☐ Halluzinationen ☐ gestörter Tag/ Nachtrhythmus

☐ starke Unruhe ☐ Rückzugtendenzen ☐ Ablehnung der Körperpflege

weitere Angaben

Welchen Umgang bevorzug die zu betreuende Person?

☐ sie bevorzugt es, in Ruhe gelassen zu werden ☐ eine direkte Ansprache und Aktivierung ist nötig

weitere Angaben

## 2.7 Interessen und Beschäftigungen der zu betreuenden Person

- [ ] Natur
- [ ] Spaziergänge
- [ ] Kochen/Backen
- [ ] Fernsehen
- [ ] Handarbeiten
- [ ] Musik
- [ ] Tiere
- [ ] Gesellschafts-spiele
- [ ] Lesen/Literatur

weitere Angaben

## 2.8 Aufgaben der Betreuungsperson

- [ ] Körperpflege
- [ ] Intimpflege
- [ ] Erinnerung an Medikamenten-einnahme
- [ ] Nahrungs-aufnahme
- [ ] Toilettengänge
- [ ] Vereinbaren und Begleiten von Arztterminen
- [ ] Kontrolle der Getränke-aufnahme
- [ ] An- und Auskleiden

weitere Angaben

Ist eine Betreuung zur Nacht notwendig?

- [ ] nein
- [ ] gelegentlich
- [ ] jede Nacht
- [ ] mehrmals pro Nacht

Wenn eine Nachtbetreuung benötigt wird, welche Aufgabe müssen übernommen werden?

Wie kann die Betreuungsperson in der Nacht gerufen werden?

- [ ] Klingel
- [ ] Babyphone
- [ ] Rufen

## 2.9 Zweite im Haushalt lebende Person (ohne Betreuung)

- [ ] nein
- [ ] ja

## 3.1 Allgemeine Angaben zum Haushalt

Welche Ausstattung stehen der Betreuungsperson – neben einem eigenen Zimmer – zu Verfügung?

☐ Eigenes Bad ☐ TV ☐ Fahrrad ☐ Auto

weitere Angaben

Steht ein Internetzugang zur Verfügung?

☐ ja, bereits vorhanden ☐ ja, wird noch bereitgestellt ☐ nicht möglich

Wie sind die wichtigsten Einkaufsmöglichkeiten zu erreichen?

☐ zu Fuß ☐ mit öffentlichen Verkehrsmitteln ☐ mit dem Fahrrad ☐ mit dem Auto

Gibt es weitere Unterstützung im Haushalt

☐ nein ☐ ja, Folgende

Kommen Angehörige oder Bekannte zu Besuch und wenn ja, wie oft?

☐ nein ☐ ja, in folgender Regelmäßigkeit

Wie wohnt die zu betreuende Person?

☐ Haus ☐ Wohnung ☐ sonstiges

## 3.2 Angaben zu Haushaltstätigkeiten

Soll die Betreuungsperson Kochen?

☐ nein ☐ ja, für ____ Personen **(inkl. Betreuungsperson)**

Soll die Betreuungsperson die Wohnung reinigen?

☐ nein ☐ ja, ca ____ $m^2$

Welche Tätigkeiten soll die Betreuungsperson übernehmen?

☐ Einkaufen ☐ Waschen/Bügeln ☐ Blumenpflege

weitere Angaben

Soll die Betreuungsperson Haustiere versorgen

☐ nein ☐ ja, Folgende

## 3.3 Freizeitregelung

In welcher Form kann der Betreuungsperson Freizeit ermöglicht werden?

- ☐ Einen freien Tag pro Woche
- ☐ zwei halbe Tage pro Woche
- ☐ mehrere Stunden pro Tag

weitere Angaben

Wer übernimmt die Betreuung, wenn die Betreuungsperson Freizeit hat?

## 4.1 Behandlungspflege

Die medizinische Behandlungspflege umfasst alle Tätigkeiten, die auf ärztliche Verordnung hin von examinierten Pflegekräften aus der Gesundheits- und Altenpflege durchgeführt werden.

Benötigen Sie die Übernahme der Behandlungspflege durch eine Pflegekraft mit Ausbildung über Privatschwester?

- ☐ nein
- ☐ ja

Wenn ja, bitte folgende Behandlungspunkte ankreuzen, welche Tätigkeiten bei der Betreuungsperson zu verrichten sind:

- ☐ Medikamente Stellen-/ Gabe
- ☐ Blutzuckerkontrollen/ Insulingabe
- ☐ Insulinspritzen/ Insulinpumpe
- ☐ Thrombosespritzen
- ☐ diverse andere Injektionen:
- ☐ Kompressionsstrümpfe/Kompressionsverbände
- ☐ Harnblasenkatheter
- ☐ Urinbeutel entleeren
- ☐ Katheterisieren
- ☐ Katheterbeutel wechsel/entleeren
- ☐ Suprapubischer Katheter/ Cistofix
- ☐ Inkontinent Versorgung, Einlagen, Inkontinenzmaterial offen/geschlossen
- ☐ Einläufe, Klysma/Klistier
- ☐ Stoma Versorgung
- ☐ Enddarmausräumung
- ☐ Wundversorgung/ Verbände
- ☐ Med. Heilbäder bei Hauerkrankungen
- ☐ Dekubitus, Grad/Lokalisation:
- ☐ PEG Sonde
- ☐ Sondennahrung
- ☐ Magensonden legen/wechseln/pflegen
- ☐ Orale Nasale Absaugungen
- ☐ Inhalationen
- ☐ Trachealkanülen
- ☐ Infusomat
- ☐ Schmerzpumpe
- ☐ Perfusor
- ☐ Absaugen, versorgen, überprüfen von Drainagen
- ☐ Sonstiges

## 5.1 Angaben zur gewünschten Betreuungsperson

Für welchen Zeitraum planen Sie derzeit den Einsatz einer Betreuungsperson?

☐ unbefristet ☐ befristet für die Dauer von ☐ Monaten

Welches Geschlecht bevorzugen Sie?

☐ egal ☐ weiblich ☐ männlich

Welches Alter bevorzugen Sie?

☐ egal ☐ bis 50 Jahre ☐ älter als 50 Jahre

Welche Deutschkenntnisse sind für die Betreuung erforderlich?

☐ **Kategorie I**
Kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen
(entspricht etwa A1 des Europäischen Referenzrahmens)

☐ **Kategorie 2**
Kann sich in bekannten Situationen in einfachen Worten verständigen
(entspricht etwa A2 des Europäischen Referenzrahmens)

☐ **Kategorie 3**
Kann klare Sprache verstehen und sich in einfachen Worten ausdrücken
(entspricht etwa B1 des Europäischen Referenzrahmens)

☐ **Kategorie 4**
Kann sich verständigen, klar und detailliert ausdrücken und gut verstehen
(entspricht etwa B2 des Europäischen Referenzrahmens)

☐ Ja, ich stimme zu, dass Private und Betreuung GmbH & Co. KG meine hier abgefragten Gesundheitsdaten speichert und zur Pflegevermittlung nutzt. Des Weiteren versichere ich, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und willige ein, dass sich aus den hier abgefragten Daten Rückschlüsse über den Gesundheitszustand gewinnen lassen und dass es sich daher um sensible persönliche Daten handeln kann.

☐ Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers