



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 Haushaltskraft 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**  
**Hopfenmarkt 33**  
**20457 Hamburg**

### Per E-Mail



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

**info@privatschwester.de**



### 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		Geburtsdatum	
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						



### 2.1 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 Blasenaustritt                      künstlicher Darmaustritt

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      Schluckstörungen      Aspirationsgefahr

## 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 (Teilnah- menlosigkeit) Halluzinationen gestörter Tag/ Nachtrhythmus  
starke Unruhe Rückzug- tendenzen Ablehnung der Körperpflege

weitere Angaben

Welchen Umgang bevorzugt 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					
<b>Ist eine Betreuung zur Nacht notwendig?</b>					
nein	gelegentlich	jede Nacht	mehrmals pro Nacht		
<b>Wenn eine Nachtbetreuung benötigt wird, welche Aufgabe müssen übernommen werden?</b>					
<b>Wie kann die Betreuungsperson in der Nacht gerufen werden?</b>					
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<sup>2</sup>

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 (nicht ausfüllen bei der Vermittlung von 24h Betreuung)

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

Enddarmausräumung

Blutzuckerkontrollen/ Insulingabe

Wundversorgung/ Verbände

Insulinspritzen/ Insulinpumpe

Med. Heilbäder bei Hauerkrankungen

Thrombosespritzen

Dekubitus, Grad/Lokalisation:

diverse andere Injektionen:

PEG Sonde

Sondennahrung

Magensonden legen/wechseln/pflegen

Kompressionsstrümpfe/Kompressionsverbände

Orale Nasale Absaugungen

Harnblasenkatheter

Inhalationen

Urinbeutel entleeren

Trachealkanülen

Katheterisieren

Infusomat

Katheterbeutel wechsel/entleeren

Schmerzpumpe

Suprapubischer Katheter/ Cistofix

Perfusor

Inkontinent Versorgung, Einlagen,  
Inkontinenzmaterial offen/geschlossen

Absaugen, versorgen, überprüfen von Drainagen

Einläufe, Klyisma/Klistier

Sonstiges

Stoma Versorgung





## 5.1 Angaben zur gewünschten Betreuungsperson

Für welchen Zeitraum planen Sie derzeit den Einsatz einer Betreuungsperson?

unbefristet      befristet für die Dauer von      Monaten      Startzeitpunkt

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 1**

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