



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:

Privatschwester
Berthold-Schwarz-Str.7
21147 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 (Teilnahmenlosigkeit) Halluzinationen gestörter Tag/Nachtrhythmus
 starke Unruhe Rückzugstendenzen 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

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 Haustiere versorgen ?

- nein ja, Folgende

Welche Tätigkeiten soll die Betreuungsperson übernehmen?

- Wohnung reinigen m² Einkaufen Waschen/Bügeln Blumenpflege

weitere Angaben

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 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 (A1)**
Kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen
(entspricht etwa A1 des Europäischen Referenzrahmens)
- Kategorie 2 (A2)**
Kann sich in bekannten Situationen in einfachen Worten verständigen
(entspricht etwa A2 des Europäischen Referenzrahmens)
- Kategorie 3 (B1)**
Kann klare Sprache verstehen und sich in einfachen Worten ausdrücken
(entspricht etwa B1 des Europäischen Referenzrahmens)
- Kategorie 4 (B2)**
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