

Fragebogen zur Bedarfsanalyse

DATEN DES PATIENTEN

Anrede Herr Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl / Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Gewicht in kg (geschätzt)

Größe in cm (geschätzt)

Wohnt der Patient alleine? Ja Nein

Bei nein, mit wem wohnt der Patient zusammen?

Ist der Patient Raucher? Ja Nein

DATEN DER KONTAKTPERSON (sofern abweichend vom Patienten)

Anrede Herr Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl / Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Grad der Verwandtschaft mit dem Patienten

ALLGEMEINE ANGABEN

Zu welchem Termin suchen Sie eine Pflegekraft?

Was für eine Betreuung suchen Sie?

- 24-Stunden-Betreuung Stundenweise Betreuung

Über welchen Zeitraum benötigen Sie Pflege?

- 2 Wochen 1 Monat 2 Monate über 2 Monate
 Andere Zeitspanne

Welche Unterstützung brauchen Sie?

Was soll Ihre Pflegekraft an Qualifikationen mitbringen?

Hauswirtschaftliche Versorgung

- Einkaufen
 Mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme von Speisen
 Spülen
 Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung
 Bügeln
 Beheizen (nur Temperatureinstellung)

Körperpflege

- das Waschen, Duschen, Baden
 Zahnpflege
 Haare kämmen und waschen
 Rasieren
 Darm- oder Blasenentleerung
 Handpflege
 Fußpflege
 Intimpflege
 Oberkörperpflege
 Gesichtspflege
 Mundpflege / Zahnprothese
 Pflege von Gesäß / Beine

Alltägliche Aktivitäten

- Terminvereinbarungen mit Ärzten
 Begleitung zu den Ärzten
 Begleitung zu den Kulturveranstaltungen
 Pflege der Zimmerpflanzen
 Erledigung sonstiger Besorgungsaufträge

Mobilität

- das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen
 das An- und Auskleiden
 Gehen, Stehen, Treppensteigen
 das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
 Hilfe beim Umlagern
 Anheben des Kunden
 Transfer Bett in Rollstuhl / Toilettenstuhl
 Bring- und Abholservice
 Reisebegleitung
 Transport

Was ist Ihnen noch wichtig?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erste-Hilfe-Zertifikat | <input type="checkbox"/> Gebärdensprache |
| <input type="checkbox"/> Insulingabe | <input type="checkbox"/> Freizeitbegleitung |
| <input type="checkbox"/> Medikamentengabe | <input type="checkbox"/> Häuslicher Pflegedienst |
| <input type="checkbox"/> Herz-Lungen-Wiederbelebung | <input type="checkbox"/> Häusliche Betreuung |
| <input type="checkbox"/> Sprachtherapie | <input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Einverstanden mit Haustieren |
| <input type="checkbox"/> Beschäftigungstherapie | <input type="checkbox"/> Arbeiten rund ums Haustier |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsassistent | <input type="checkbox"/> Erfahrung mit Behinderungen |
| <input type="checkbox"/> Ausgebildeter Krankenpfleger | <input type="checkbox"/> Gesundheitspass |

Welche Unterstützung wünschen Sie sich noch?

Welche Diagnosen hat Ihr Patient?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Tumor/Krebs |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall links | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall rechts | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Angstzustände |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Altersschwäche |
| <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Unfall/Sturz |
| <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Amputation |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> geschwächt (Krankenhaus-Aufenthalt) |
| <input type="checkbox"/> Stoma (künstl. Darmausgang) | |

Weitere Diagnosen

Welchen Pflegegrad hat Ihr Patient?

Keinen 1. 2. 3. 4. 5.

Beabsichtigen Sie einen Pflegegrad zu beantragen?

Ja Nein

Pflegedienst

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst?

Ja Nein

Wenn ja: Wie oft täglich?

Wenn ja: Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Probleme in der Kommunikation

Sprache / Hörvermögen / Sehkraft

keine mäßige massive Probleme

Hörgerät Ja Nein

Brille Ja Nein

Probleme in der Orientierung

Zeitlich / Örtlich / Persönlich

Keine Zeitweise massive Probleme

Probleme in der Mobilität

selbstständig mit Unterstützung überwiegend mit Rollstuhl
 bettlägerig kein Transfer möglich

Hilfsmittel

Keine Rollstuhl Gehstock Rollator Pflegebett
 Dekubitusmatratze Patientenlift Treppenlift Toilettenstuhl

Baden / Duschen

- selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Körpergrundpflege

(Gesicht, Mundpflege, Haare waschen, Oberkörper, Gesäß/Beine usw.)

- selbstständig teilweise selbstständig
 unter Anleitung vollständige Unterstützung

Inkontinenz

- kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel

- Keine Windeln Vorlagen
 Urinflaschen Katheter Suprapubischer Katheter

An-/ Auskleiden

- selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Essen / Trinken

- selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Gibt es Nahrungsunverträglichkeiten?

Welche Medikamente nimmt Ihr Patient?

- Keine Blutverdünnung Herz Blutdruck
 Antidepressiva Insulin Schlafmittel

Ein- / Durchschlafen

- keine Probleme sporadische Störungen
 Schlaf-Wach-Rhythmus gestört

ANFORDERUNGEN AN DAS PERSONAL

Geschlecht weiblich männlich egal

Alter in Jahren 20-30 30-40 40-50
 über 50 egal

Führerschein ja, mit Fahrpraxis nicht notwendig

Was wünschen Sie sich als Angehöriger oder Ihr Patient von der Zusammenarbeit mit der Pflegekraft?

Wie wichtig sind Ihnen die Deutschkenntnisse beim Personal?

Sehr wichtig Egal

In welchem Rahmen soll sich das Gehalt der Pflegekraft befinden?
(Monatsbrutto, Stundenbrutto, Tagesbrutto)

RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE PFLEGEKRAFT

Anbindungsmöglichkeiten an das öffentliche Verkehrsnetz zu Ihrer Wohnung

Bus U-Bahn S-Bahn Keine

Ausstattung des Zimmers für die Pflegekraft

eigenes Bad Bett Tisch Schrank
 Radio TV Computer Internetzugang

Bemerkungen zur Ausstattung

Gibt es eine Haushaltshilfe? Ja Nein

ZUM PATIENTEN

Beschreiben Sie kurz das Wesen / den Charakter des Patienten.

Was sind die Hobbys und Interessen des Patienten?

WEITERE ANGABEN

Ich bestätige hiermit, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig aufgeführt und ausgefüllt sind.

Hiermit erkläre ich mich mit den AGBs und der in der Datenschutzerklärung näher beschriebenen Verwendung und Weitergabe meiner Daten zu internen Zwecken bei diepflegerboerse.de einverstanden.

Ja, ich möchte per E-Mail über neue Pflegekräfte von diepflegerboerse.de informiert werden.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- www.diepflegeragentur.de Bekannte / Freunde
 Weiterempfehlung Krankenhaus Praxen
 Zeitung / Radio / sonstige Medien Google

Andere Suchmaschine Sonstige

Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Ort, Datum

Unterschrift