

# Bedarfsfragebogen

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden dieses an uns zurück:

Email [kontakt@steinhausen-strobel.de](mailto:kontakt@steinhausen-strobel.de), Fax 0 241. 168 914 7 oder per Post steinhausen-strobel pflegevermittlung,  
Bonhoefferstraße 5, 52078 Aachen. **Bei Fragen rufen Sie uns bitte an: 0 241. 991 226 20** - vielen Dank!

## 01. Rahmendaten und persönliche Angaben

Geplanter Leistungsbeginn:

### Angaben zur Kontaktperson

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Hausnummer:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Postfach:	<input type="text"/>		
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Mobil-Nummer:	<input type="text"/>
Email Adresse:	<input type="text"/>		

Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson:

### Angaben zum Hilfebedürftigen

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Hausnummer:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Postfach:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Mobil-Nummer:	<input type="text"/>
Größe:	<input type="text"/>	Gewicht:	<input type="text"/>

Wohnt diese Person alleine?  ja  nein

Wenn nein:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsjahr:	<input type="text"/>		
Verwandtschaftsgrad:	<input type="text"/>	Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein

Telefonnummer:  \*(Wenn ja, bitte einen zweiten Bedarfsfragebogen bis Seite 4 ausfüllen)  
Email Adresse:

## 02. Gesundheitlicher Status und Pflegesituation

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Osteoporose       | <input type="checkbox"/> Depression                |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall               | <input type="checkbox"/> Rheuma            | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose         |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen      | <input type="checkbox"/> Stoma             | <input type="checkbox"/> Diabetes                  |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz           | <input type="checkbox"/> Inkontinenz       | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie                 | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Allergien                 |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                | <input type="checkbox"/> Demenz            | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle     |
| <input type="checkbox"/> Asthma                     | <input type="checkbox"/> Alzheimer         |  |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus                  | <input type="checkbox"/> Parkinson         |  |

 

### Pflegegrad

- ohne    1     2     3     4     5

### Pflegedienst

Erfolgt aktuell eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst?  ja  nein

Soll künftig ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen werden?  ja  nein

Wenn ja, wie oft soll der Pflegedienst beansprucht werden?

Welche Tätigkeiten? Medizinische Behandlungspflege per Krankenkassenabrechnung? Grundpflegeunterstützung?

### Tagespflege / Betreuungsdienstleistung

Geht der Patient in eine Tagespflege?  nein  ja; wie oft:

Erhält der Patient bereits Betreuungsdienstleistungen?  nein

ja; was und wie oft:

### Probleme in der Kommunikation und Wahrnehmung

Sprache  keine  mäßige  massive Probleme

Hörvermögen  keine  mäßige  massive Probleme

Sehkraft  keine  mäßige  massive Probleme

Hörgerät  ja  nein

Brille  ja  nein

### Probleme in der Orientierung

Zeitliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Örtliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Persönliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Situative	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive Probleme

### Motorische Einschränkungen

Bewegung	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	
	<input type="checkbox"/> überwiegend Rollstuhl	<input type="checkbox"/> bettlägerig	
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Transfer Bett/Rollstuhl	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
	<input type="checkbox"/> bettlägerig		
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig

### Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung
<input type="checkbox"/> Patienten Lifter	<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> Badewannenlift
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Duschstuhl/Hocker	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>

### Inkontinenz

Urinkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent (z.B. nachts)	<input type="checkbox"/> inkontinent
Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent (z.B. nachts)	<input type="checkbox"/> inkontinent

### Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Urinflasche
<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>

### Körperpflege

	selbstständig	unter Anleitung	teilweise selbstständig	komplette Unterstützung
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß/Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen/waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Nahrungsaufnahme

- Essen  selbstständig  braucht Hilfe  komplett hilfsbedürftig
- Trinken  selbstständig  braucht Hilfe  komplett hilfsbedürftig
- Kau- u. Schluckstörungen  keine  Störung  PEG Sonde
- Nahrungskarenz  Trinkkarenz
- Diät  keine  erforderlich; welche:

### Schlaf

- bekommt Schlafmittel  ja  nein
- Einschlafen  keine Probleme  Probleme
- Durchschlafen  keine Probleme  sporadische Störungen
- Schlaf-Wach-Rhythmus gestört  braucht nachts Hilfe

### Aktuelle Therapien

- keine  Logopädie  psychologische Betreuung
- Krankengymnastik

### Wesen und Charakter

Bitte benennen Sie typische Eigenschaften /-arten des Hilfsbedürftigen (kurze Beschreibung, max. 400 Zeichen)

### Ansteckende Krankheiten

- Sind ansteckende Krankheiten, wie MRSA, bekannt?  nein  ja
- wenn ja, welche:

## 03. Lebensumfeld und Wohnraumausstattung

### Wohnlage

- Stadt - zentral  Stadt - abgelegen  Dorf  Ländlich

### Wohnsituation

- Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  Wohnung

### Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.:

unter 15 min.       unter 30 min.       mehr als 30 min.

Anmerkungen:

### Zusätzliche Ausstattung des Zimmers (Bett und Kleiderschrank sind Voraussetzung)

eigenes Bad       TV       Internet/WLAN

Anmerkungen:

### Telefonnutzung durch die Betreuungskraft

bis zu 10,- € / Monat       countryflat (ca. 5,- € / Monat)

andere Möglichkeiten / Anmerkungen:

## 04. Hauswirtschaftliche Aufgaben und Erwartungen

### Haushaltshilfe

Gibt es eine Haushaltshilfe?

nein       ja; wie oft kommt diese zum Einsatz:

### Aufgaben

Welche Aufgaben sollen erbracht werden?

Einkaufen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Kochen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Wäschewaschen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Bügeln	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Putzen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Begleitung zum Arzt	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie

### Haustierversorgung

Haustiere  keine       ja; welche? Größe?

Sollen die Haustiere versorgt werden  ja       nach Bedarf       nein

Gibt es im Haushalt weiteren Hilfebedarf? (kurze Beschreibung, max. 400 Zeichen)

## 05. Individuelle Vorgaben und Wünsche an Ihre persönliche Betreuungskraft

Nationalität	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> Spezieller Wunsch:	<input type="text"/>	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	
Alter (in Jahren)	<input type="checkbox"/> keine Präferenz			
	<input type="checkbox"/> 20-30	<input type="checkbox"/> 30-40	<input type="checkbox"/> 40-50	<input type="checkbox"/> >50
Sprachkenntnisse	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> Geringe	<input type="checkbox"/> Mittlere	<input type="checkbox"/> Gute
Führerschein	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit Fahrpraxis	
Raucher/in	<input type="checkbox"/> keine Präferenz (geraucht wird ausschließlich außerhalb der Wohnraums)			
	<input type="checkbox"/> nein (Rauchen ist unerwünscht)			
	(Handelt es sich um einen Raucherhaushalt?)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein)

### Welche Erwartungen und Vorstellungen haben Sie an Ihre Betreuungskraft?

(kurze Beschreibung, max. 800 Zeichen)

### Datenschutz

Wir respektieren und schützen Ihre Privatsphäre. Die steinhausen-strobel pflegevermittlung 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: [datenschutz@steinhausen-strobel.de](mailto:datenschutz@steinhausen-strobel.de)

### Bestätigung

- Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die steinhausen-strobel pflegevermittlung 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 steinhausen-strobel pflegevermittlung 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 / Signatur