



Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: 0 82 38 – 99 058 29

Telefax: 0 32 12 – 14 038 09

## Bedarfserhebung – A

### Grundlageninformation zur unverbindlichen Personalanfrage und Angebotserstellung

#### Persönliche Daten

Leistungsbeginn am: \_\_\_\_\_  fester Termin  variabler Termin  
Aktuelle Versorgung:  zu Hause  Reha  Krankenhaus  Kurzzeitpflege

#### Angaben zur Kontaktperson

|  |   |
|--|---|
| Vorname:                               | Name:   |
| Straße und Hausnummer:                 |   |
| PLZ:                                   | Wohnort:  |
| Telefon:                               | Mobiltelefon:   |
| Telefonische Kontaktaufnahme zwischen? | <input type="checkbox"/> 10 - 12 Uhr <input type="checkbox"/> 12 – 14 Uhr <input type="checkbox"/> 14 – 16 Uhr  |
| E-Mail-Adresse: _____                  |   |
| Beziehung zur betreuten Person:        | <input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer<br><input type="checkbox"/> Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Enkel/in <input type="checkbox"/> _____ |

#### Angaben zur betreuten Person

|                        |               |
|------------------------|---------------|
| Vorname:               | Name:         |
| Straße und Hausnummer: |               |
| PLZ:                   | Wohnort:      |
| Telefon:               | Mobiltelefon: |
| geboren am:            |               |
| Größe (cm):            | Gewicht (kg): |



**Leben weitere Personen im Haushalt der zu betreuenden Person?**

Ja\*  Nein

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Beziehung zur betreuten Person: \_\_\_\_\_

**\*Bitte wählen Sie aus, wie sollte es im gemeinsamen Alltag vereinbart werden?**

- die weitere Person unterstützt im Haushalt und im gemeinsamen Alltag
- die weitere Person wird in hauswirtschaftlicher Leistung eingeschlossen, kein Pflegegrad vorliegend
- die weitere Person ist auch pflegebedürftig, ein Pflegegrad liegt vor (Bitte 2. Bedarfserhebung ausfüllen!)

## Gesundheitliche Situation und Einschränkungen

**Diagnosen:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ALS/ Lateralsklerose       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt              | <input type="checkbox"/> Medikamente zur Blutverdünnung   |
| <input type="checkbox"/> Arthrose                   | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz         | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz   |
| <input type="checkbox"/> Asthma                     | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung      | <input type="checkbox"/> Osteoporose  |
| <input type="checkbox"/> Demenz beginnend           | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher        | <input type="checkbox"/> Rheuma   |
| <input type="checkbox"/> Demenz                     | <input type="checkbox"/> Hypertonie               | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Depression                 | <input type="checkbox"/> Inkontinenz (Blase/Darm) | <input type="checkbox"/> Schlaganfall   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Diät/Medikation) | <input type="checkbox"/> Macula Degeneration      | <input type="checkbox"/> Schlaganfall-Halbseitenlähmung re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Diät/Insulin)    | <input type="checkbox"/> Morbus Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Stoma/künstlicher Darmausgang  |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen     | <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson         | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung*   |
| <input type="checkbox"/> Gehschwäche                | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS)   | <input type="checkbox"/> Palliativstadium   |

\*bitte geben Sie an welches Organ betroffen ist

Anmerkung:

**Ansteckende Erkrankungen oder Infektionen bei den im Haushalt lebenden Personen**

Ist eine MRSA-Infektion bekannt?  Ja \*  Nein

Andere ansteckende Erkrankungen\*: \_\_\_\_\_

\*wir bitten Sie darum, die ärztliche Verordnung, bzw. empfohlene Schutzmaßnahmen anzugeben

Anmerkung:



## Unterstützungsbedarf der zu betreuenden Person im Alltag

### Wahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit der zu betreuenden Person

| Im Alltag | uneingeschränkt          | teilweise eingeschränkt  | stark eingeschränkt      |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sehen     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hören     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprechen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anmerkung:

Sehhilfen:  Brille  Kontaktlinsen  Lupe  blind  
Hörhilfen/Hörgerät:  Hörgerät li.  Hörgerät re.  Implantat  taub

### Kognitive Fähigkeiten der zu betreuenden Person

| Merkmale                       | uneingeschränkt          | teilweise eingeschränkt  | stark eingeschränkt      |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Orientierung (Zeit/Ort/Person) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gedächtnis/Erinnerung          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konzentration                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motivation/Antrieb             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tag- und Nachtrhythmus         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anmerkung:

### Aktuelle Therapien

Sind derzeit ergänzende Therapien nötig?  Nein

Logopädie  Physiotherapie  Ergotherapie  Dialyse  Andere: \_\_\_\_\_

Anmerkung:



## Mobilität - Bewegungsmöglichkeiten der zu betreuenden Person

| Mobilitätsmerkmale  | selbständig/<br>ohne Hilfe | wenig Hilfe/mit Gehhilfe<br>(Rollator, Gehstock etc.) | umfangreiche Hilfe<br>(und Rollstuhlnutzung) |
|---|----------------------------|---|--|
| Stehen  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                     |
| Gehen in der Wohnung/im Haus  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                     |
| Gehen im Außenbereich/Spaziergehen  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                     |
| Treppensteigen  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                     |
| Hilfe bei Transfer – Aufstehen/Umsetzen<br>(Bewegung „A nach B“, Stuhl zum Bett etc.) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                     |
| Lageveränderung/Umdrehen<br>(Lagerungswechsel im Bett)                                | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                     |
| Immobilität/vollständig bettlägerig<br>ohne Transfer                                  |                            |   | <input type="checkbox"/>                     |
| Transfer nur mit Patientenhilfen  |                            |   | <input type="checkbox"/>                     |

Anmerkung

## Erforderliche Hilfestellungen bei der Körperhygiene

| Verrichtung/Hilfebedarf            | selbständig              | teilweise Hilfe nötig    | vollständige Hilfe/Übernahme |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Vollbad/Dusche und Hautpflege      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| Körperpflege am Waschbecken/Bad    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| Mundpflege/Zahnpflege              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| Umgang und Pflege der Zahnprothese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| Oberkörper-/Gesicht-/Händewaschen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| Rücken und Beine waschen           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| Intimpflege                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| Rasieren                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| Haarwäsche                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| Wechseln/Auswahl der Kleidung      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| Nagel- und Fußpflege*              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

\*bei bestehendem Diabetes mellitus und auffällig veränderten Nägeln ist eine med. Nagel-/Fußpflege empfohlen

Anmerkung:



### Technische\* Pflegehilfsmittel

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gehstock          | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="checkbox"/> Pflegebett            | <input type="checkbox"/> Treppensteiggerät      |
| <input type="checkbox"/> Rollator          | <input type="checkbox"/> Toiletten-/Nachtstuhl | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze | <input type="checkbox"/> Kopfwashbecken/i. Bett |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl         | <input type="checkbox"/> Duschstuhl/-hocker    | <input type="checkbox"/> Patientenlifter       | <input type="checkbox"/> Treppenlift            |
| <input type="checkbox"/> elektr. Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter      | <input type="checkbox"/> _____                 | <input type="checkbox"/> _____                  |

\* bei Nutzung von technischen Pflegehilfsmitteln kann eine Einweisung vor Ort eventuell notwendig werden

Anmerkung:

### Hilfebedarf bei Ausscheidungen und Inkontinenzversorgung

| Verrichtung/Hilfebedarf  | selbständig              | teilweise Hilfe          | vollständige Hilfe       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wegstrecke zur Toilette (ggfs. mit Gehhilfen)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wechsel der Inkontinenzversorgung - Intimhygiene (Einlagenwechsel/Inkontinenzhosen etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hilfestellung bei Händewaschen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nutzung Toiletten-Nachtstuhl (Leerung/Reinigung)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umgang bei Blasenkatheter, Katheterbeutel leeren/wechseln                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stomabeutel leeren/wechseln  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Regelmäßige Verdauung?     normal     Neigung zu Verstopfung     Neigung zu Durchfall

Hilfsmittel:     Einlagen     Windeln     Urinflasche     Pants     Katheter/SPK     Stoma

Anmerkung:

### Nachtruhe und nächtlicher Hilfebedarf

Gewöhnliche Zeit der Nachtruhe?    von ca. \_\_\_\_\_ Uhr    bis ca. \_\_\_\_\_ Uhr

Regelmäßige Einnahme einer Schlafmedikation?     Ja     Nein

Wird Unterstützung beim Zubettgehen benötigt?     Ja     Nein

Aufstehen in der Nacht, WC-Gang in der Nacht?     ohne Hilfe     mit Hilfe\*

\*Wie oft?     sporadisch     1-2 x/Nacht     2-3 x/Nacht     mehr als 3 x/Nacht

Anmerkung:



## Essen und Trinken

Ist etwas bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme zu beachten?

Normalkost  Diabetes Diät  glutenfreie/laktosefreie Kost  vegetarische Kost  Wunschkost

**Unterstützungsbedarf im Alltag** → Zutreffendes bitte ankreuzen:  Kau- und/oder Schluckstörung

portionierte, mundgerechte Zubereitung  Hilfe beim Trinken  Hilfe bei Nahrungsaufnahme

Anregung wird benötigt  Zwischenmahlzeiten  PEG – Sondenernährung

Flüssigkeiten sind anzudicken  Trinkmenge notieren  PEG – Flüssigkeitszufuhr

Anmerkung:

## Ergänzende Absprachen und Aufgaben im hauswirtschaftlichen Bereich?

Übernahme der Mahlzeitenzubereitung und Kochen  Ja  Nein  nach Absprache

Unterhaltsreinigung von Wohn-bzw. Arbeitsbereich  Ja  Nein  nach Absprache

Wäsche waschen und versorgen, bei Bedarf bügeln  Ja  Nein  nach Absprache

Einkauf/Besorgungen im Alltag  Ja  Nein  nach Absprache

Begleitung zum Arzt  Ja  Nein  nach Absprache

Begleitung zum Frisör/zur Fußpflege  Ja  Nein  nach Absprache

Übernahme leichter Gartentätigkeiten  Ja  Nein  nach Absprache

Haustierpflege  Ja\*  Nein  nach Absprache

\*Name/Art des Haustieres: \_\_\_\_\_

\*Welche Leistungen sind für das Haustier zu erbringen? \_\_\_\_\_

Anmerkung:

## Wohnlage und Rahmenbedingungen vor Ort

Wohnung  Einfamilienhaus  Zwei- bzw. Mehrfamilienhaus  Betreutes Wohnen

Balkon/Terrasse  Garten  Stadt - zentral  Stadt abgelegen

Dorf - zentral  Dorf - abgelegen  sehr weit abgelegen/Alleinlage



Steht ein Auto für Einkauf und Besorgungen zur Verfügung?  Ja  Nein

Hersteller/Modell: \_\_\_\_\_  Handschaltung  Automatik

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.:

10 Minuten  30 Minuten  mehr als 30 Minuten  mit Bus oder Auto  Fahrrad vor Ort

Anmerkung:

## Biographie - Interessen - Tagesgestaltung

Selbständige Tagesgestaltung/Beschäftigung?  Ja  benötigt Unterstützung/Anleitung

Interessensgebiete/Aktivitäten und Beschäftigung?

Kirche/Gottesdienst  Politik/Tagesgeschehen  Musizieren/Musik  Gesellschaftsspiele

Kartenspiele  Garten/Gartenarbeit  Gymnastik  Spaziergänge  Sport  Handarbeiten

Gewohnheiten - Besonderes:

---

Frühere berufliche Tätigkeit der zu betreuenden Person?

---

Wie würden Sie Wesen und Charakter der zu betreuenden Person beschreiben?

---

Raucht die zu betreuende Person/oder eine andere im Haushalt lebende Person?  Ja  Nein

Anmerkung:

## Pflegegrad und medizinische Verordnungen

Medikamenteneinnahme?  selbständig  unter Aufsicht  unselbständig

Medikation wird gerichtet?  selbständig  durch Angehörige  durch Pflegedienst

Derzeitiger Pflegegrad:  1  2  3  4  5 seit: \_\_\_\_\_  ist beantragt



Ist eine Höherstufung des Pflegegrades beantragt?  Ja  Nein

Wurden in diesem Jahr schon Leistungen der Verhinderungspflege beantragt?  Ja  Nein

Ist derzeit ein Pflegedienst tätig?  Ja  Nein

Soll der Pflegedienst auch weitergehend in Anspruch genommen werden?  Ja\*  Nein

\*Grundpflegeleistungen nach Absprache

\*Med. Behandlungspflege/nach ärztl. Verordnung (→ Übernahme durch Betreuungskräfte ist nicht möglich)

Ist der Besuch einer Tagespflege vorgesehen?  Ja, wie oft in der Woche: \_\_\_\_  Nein

Werden Leistungen durch Dritte erbracht, die weitergehend fortgeführt werden sollen?

Anmerkung:

## Unterbringung der Betreuungskraft und Rahmenbedingungen

### Zur Verfügung stehende Räumlichkeit\*\*?

#### \*vorausgesetzter Standard:

(ein abschließbarer Raum, Tageslicht, beheizbar, mit Bett, Tisch, Schrank, Stuhl und eine Mitbenutzung von Bad und Küche)

Balkon/Terrasse  eigenes Bad  Teeküche/separat  Radio im Zimmer  TV im Zimmer

**Besteht ein Internetzugang?**  Internet/WLAN Anschluss  Internet-Stick - „skypefähig“  Nein

**Telefonnutzung vor Ort?**  Country-Flat/Festnetz ins Heimatland  Betreuerhandy/10€/Monat

Anmerkung:

### Freizeitabsprachen vor Ort – wie können diese vereinbart werden?

(→Nutzung der Freizeit außerhalb des Hauses, auch werktags anzubieten)

nach Absprache/ bzw. täglich - kann mit zu betreuender Person abgestimmt werden

mit Angehörigen/Familie abzustimmen, ggfs. Ersatzabsprachen  
(täglich, oder zum Beispiel über separate Absprachen, Tagespflege usw.)



## Erwartungen und Wünsche an die Betreuungskraft

- Nationalität?**  keine Vorauswahl  Polen  Rumänien  Bulgarien  Ungarn  
 Slowakei  Tschechien  Litauen  Kroatien
- Geschlecht?**  keine Vorauswahl  weiblich  männlich
- Altersbereich?**  keine Vorauswahl  20 bis 30 Jahre  30 bis 40 Jahre  
 40 bis 50 Jahre  50 bis 60 Jahre  über 60 Jahre
- Deutschkenntnis?**  geringe  mittlere  gute bis sehr gute
- Führerschein?**  nicht nötig  Ja, mit Fahrpraxis/Stadt  Ja, mit Fahrpraxis/Land
- Rauchen?**  egal  Ja, nur draußen  Nein
- Raucherhaushalt?**  Ja  Nein

Haben Sie besondere Erwartungen, Wünsche an die Betreuungskraft?

---

---

---

zu guter Letzt...

Wir erhalten von Ihnen persönliche Angaben, die wir den geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz entsprechend vertraulich behandeln werden.

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Internetseite: [pflegeFAIRmittlung.de](http://pflegeFAIRmittlung.de)

Mit Zusendung und Übermittlung der Bedarfserhebung an [pflegeFAIRmittlung.de](http://pflegeFAIRmittlung.de), bestätigen Sie,

- dass Sie die Daten nach bestem Wissen vollständig und richtig angegeben haben.
- dass Sie bevollmächtigt und legitimiert sind, diese an uns für die Bearbeitung einer Personalanfrage und Angebotserstellung weiterzugeben.
- dass wir die Daten im Rahmen der Weiterbearbeitung an unsere Partnerunternehmen senden dürfen und Sie damit einverstanden sind.

Die Bearbeitung Ihrer Personalanfrage und die Angebotserstellung erfolgen unverbindlich.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

zu betreuende Person /ggfs. bevollmächtigte Person



**Zum Schluss gestatten Sie uns noch eine kurze Frage, denn wir möchten natürlich gerne wissen, wie Sie zu uns kamen:**

- Empfehlung im Privatbereich       Internet       Pflegedienst       Arzt  
 Flyerauslage bei: \_\_\_\_\_       Andere: \_\_\_\_\_

Herzlichen Dank!

Gerne können Sie uns die Bedarfserhebung per E-Mail, Fax und auch Postzusendung übermitteln.

Wir freuen uns nun auf ein erstes beratendes Gespräch mit Ihnen.

Selbstverständlich können wir auch einen Termin hierzu abstimmen.

Sie wollen das Wichtigste gut versorgt und betreut wissen und wir möchten es in dem Wissen tun, dies bestmöglich für Sie vorbereitet zu haben.

Wir möchten uns gerne diese Zeit für Sie nehmen!

Ihre [pflegeFAIRmittlung.de](http://www.pflegeFAIRmittlung.de)

---

Die verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist:

gelko Care Consulting GmbH  
Bergweg 2  
71394 Kernen