

Bedarfsfragebogen

Bitte senden Sie den Bedarfsbogen:
per Post an: Vilsendorfer Str. 2, 33739 Bielefeld
per Mail an: anfrage@lichtblickpflege.de

1. Rahmendaten und persönliche Angaben

Angaben zur Kontaktperson

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>	Hausnummer:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
E-Mail Adresse:	<input type="text"/>		
Beziehung zur pflegebedürftigen Person:	<input type="text"/>		

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>	Hausnummer:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Größe:	<input type="text"/>	Gewicht:	<input type="text"/>
Wer wohnt mit im Haushalt:	<input type="text"/>		

2. Pflegeeinstufung und gesundheitlicher Zustand

Pflegegrad

1 2 3 4 5 Ohne Beantragt

Ambulanter Pflegedienst

Erfolgt aktuell eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst? Ja Nein

Wollen Sie künftig einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen? Ja Nein

Medizinische Angaben

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

Ansteckende Krankheiten

Sind ansteckende Krankheiten vorhanden (z.B. MRSA): Ja Nein

Falls ja, dann welche:

Kommunikations- und Wahrnehmungsprobleme

Hörvermögen: keine mäßige erhebliche Probleme

Sehkraft: keine mäßige erhebliche Probleme

Sprache: keine mäßige erhebliche Probleme

Hilfsmittel:

Körperpflege

	Selbstständig	teilweise Selbstständig	nur mit Unterstützung
Gesicht:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mundpflege/Zahnprothese:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oberkörper:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesäß/Beine:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intimpflege:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haare kämmen/waschen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rasieren:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Handpflege:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fußpflege:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Motorische Einschränkungen

- Bewegung: selbstständig mit Unterstützung
 Rollstuhl bettlägerig
- Treppensteigen: selbstständig mit Unterstützung
 nicht möglich
- Duschen/Baden: selbstständig mit Unterstützung
 komplett hilfsbedürftig
- An-/Auskleiden: selbstständig mit Unterstützung
 komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

Nahrungsaufnahme

- Essen: selbständig mit Unterstützung
 komplett hilfsbedürftig
- Trinken: selbständig mit Unterstützung
 komplett hilfsbedürftig
- Kau-/Schluckstörung: keine Störung
 PEG Sonde

Störungsart:

Diät:

Schlaf

- Schlafmittel: Ja Nein
- Einschlafprobleme: Ja Nein
- Durchschlafprobleme: keine sporadisch braucht Nachts Hilfe
 Schlaf-Wach-Rythmus gestört

Inkontinenz

- Urinkontrolle: kontinent teilweise inkontinent
 inkontinent
- Stuhlkontrolle: kontinent teilweise inkontinent
 inkontinent

Hilfsmittel:

Therapie

- Aktuelle Therapie:
- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> psychologische Betreuung |
| <input type="checkbox"/> | |

Charakter und Wesen der/des pflegebedürftigen

3. Rahmenbedingungen / Infrastruktur

Wohnlage

- städtisch (zentral) städtisch (abgelegen) ländlich

Wohnanlage

- Wohnung Mehrfamilienhaus Einfamilienhaus

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß erreichbar in ca.)

- 0 - 15 Min 0 - 30 Min 30 > Min

Anmerkungen:

Ausstattung des Zimmers (Kleiderschrank und Bett sind vorausgesetzt)

- eigenes Bad TV WLAN/Internet

Anmerkungen:

4. Ihre Erwartungen und Wünsche an die persönliche Betreuungskraft

- | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Geschlecht: | <input type="radio"/> Frau | <input type="radio"/> Mann | <input type="radio"/> egal |
| Alter: | <input type="radio"/> 20-30 | <input type="radio"/> 30-40 | <input type="radio"/> 40-50 |
| Nationalität: | <input type="radio"/> egal | <input type="radio"/> Wunsch: | |
| Sprachkenntnisse: | <input type="radio"/> egal | <input type="radio"/> gering | <input type="radio"/> mittel |
| | <input type="radio"/> gut | | |
| Raucher/in: | <input type="radio"/> egal | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Führerschein: | <input type="radio"/> egal | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Welche Vorstellungen und Erwartungen soll Ihre persönliche Betreuungskraft erfüllen?

5. Aufgaben der Betreuungskraft

Aufgaben

- | | immer | sporadisch | nie |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Einkaufen: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kochen: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wäsche: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bügeln: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Putzen: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Begleitung beim Arztbesuch: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ist eine Haushaltshilfe vorhanden?

- nein ja (wie oft im Einsatz?)

Haustiere

- nein ja (welches? wie groß?)

Haustiersversorgung erwünscht?

- nach Bedarf ja nein

Wird im Haushalt an weiteren Stellen Hilfe benötigt?

6. Zeitpunkt und Dauer

Wann soll Ihre Pflegekraft den Einsatz beginnen?

- schnellstmöglich zum:

Wie lange soll die Betreuung dauern?

- bis zu 3 Monaten 3 - 12 Monate auf zunächst unbestimmte Zeit

Datenschutz

Wir respektieren und schützen Ihre Privatsphäre. Die LichtblickPflege KG 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: info@lichtblickpflege.de

Bestätigung

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die LichtblickPflegeKG 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 LichtblickPflege KG 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