

Bitte senden Sie den ausgefüllten Erfassungsbogen

per E-Mail an: [info@pflege-zuhause-raiser.de](mailto:info@pflege-zuhause-raiser.de)

per Fax an: 07127 – 52 85 08 2

per Post an: Pflege zu Hause Raiser, Im Hau 18, 72631 Aichtal

## Fragebogen zur Bedarfsanalyse

### Persönliche Angaben

Beginn der Leistung:

Fixtermin  circa-Angabe

### Angaben zum Patienten

Vorname

Nachname

Straße und Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer

Mobilnummer

Geburtsdatum

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Lebt die zu betreuende Person alleine?

Ja  Nein

Mit wem lebt die zu betreuende Person zusammen?

Benötigt die zweite Person auch Unterstützung?

Ja  Nein

### Angaben zur Kontaktperson/Rechnungsempfänger

Vorname

Nachname

Straße und Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Beziehungsebene zur zu betreuenden Person?

Ehepartner/in  Tochter/Sohn  Enkel/in  Gesetzl. Betreuer/in  Andere

## Fragen zu den gesundheitlichen Einschränkungen

### Diagnosen

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

### Sonstige Diagnosen

### Einschränkungen in der Kommunikation

- |                    |  |   |                                  |
|--------------------|--|---|----------------------------------|
| <b>Sprache</b>     | <input type="checkbox"/> keine             | <input type="checkbox"/> mäßige           | <input type="checkbox"/> massive |
| <b>Hörvermögen</b> | <input type="checkbox"/> keine             | <input type="checkbox"/> mäßige           | <input type="checkbox"/> massive |
| <b>Sehkraft</b>    | <input type="checkbox"/> keine             | <input type="checkbox"/> mäßige           | <input type="checkbox"/> massive |
| <b>Hilfsmittel</b> | <input type="checkbox"/> Trägt eine Brille | <input type="checkbox"/> Hat ein Hörgerät |                                  |

### Anmerkungen

### Einschränkungen in der Orientierung

- |                                    |                                |                                       |                                  |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Zeitliche</b>                   | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |
| <b>Örtliche</b>                    | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |
| <b>Persönliche</b>                 | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |
| <b>Situative</b>                   | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |
| <b>Bewusstsein,<br/>Gedächtnis</b> | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |
| <b>Auswahl der Kleidung</b>        | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |

### Anmerkungen

**Mobilität generell**

- Selbständig   
  Leicht gehbehindert   
  Rollator   
  Rollstuhl   
  Bettlägerig

**Treppensteigen**

- Selbständig   
  mit Unterstützung   
  nicht möglich

**Mobilität – Bett/Rollstuhl/Bett**

- Selbständig  
 Mit Unterstützung  
 Komplett hilfsbedürftig  
 Bettlägerig (kein Transfer)

**Vorhandene Hilfsmittel**

- Rollator  
 Rollstuhl  
 Dekubitus-Matratze  
 Lift  
 Pflegebett

**Andere Hilfsmittel****Urinkontrolle**

- kontinent  
 teilweise kontinent  
 inkontinent

**Hilfsmittel**

- Windeln  
 Vorlagen  
 Urinflasche  
 Katheder  
 Suprapubischer Katheder

**Stuhlkontrolle**

- kontinent  
 teilweise kontinent  
 inkontinent

**An-/Auskleiden**

- selbständig   
  mit Hilfe   
  komplett hilfsbedürftig

**Körperpflege**

	selbstständig	teilw. unselbstständig	unselbstständig
Waschen am Waschbecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahn-/Prothesepflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege nach Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagel-/Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nahrungsaufnahme**

Probleme beim Essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kau-/Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	<input type="text"/>	
PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diätvorschriften	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Diäten?	<input type="text"/>	
Probleme beim Trinken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trinkmenge	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> braucht Anregung
Anmerkungen	<input type="text"/>	

**Nachtruhe**

von ca.  Uhr bis ca.  Uhr

Schläft durch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn nein, steht wie häufig nachts auf?	<input type="checkbox"/> 1 Mal	<input type="checkbox"/> 2-3 Mal	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Mal
Wenn nein, benötigt Unterstützung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Werden Schlafmittel eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anmerkungen	<input type="text"/>		

**Wesen und Charakter des Patienten**

**Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen**

<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann
<b>Sprachkenntnisse</b>	<input type="checkbox"/> keine Präferenz		
	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> gute
<b>Führerschein</b>	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> ja, mit Fahrpraxis	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Auto vorhanden	<input type="checkbox"/> Schaltgetriebe	<input type="checkbox"/> Automatikgetriebe	
Marke/Modell	<input type="text"/>		

**Raucher/in** keine Präferenz, (geraucht wird grundsätzlich im Außenbereich) ja nein (Raucher nicht erwünscht)

Wenn ja, handelt es sich um einen Raucherhaushalt?

 ja nein**Haustierversorgung**

Sollen Haustiere mitversorgt werden?

 ja nein

Um welche Tiere handelt es sich?

**Wohnsituation der zu betreuenden Person****Wohnlage** Stadt - zentral Stadt - abgelegen Dorf ländlich**Wohnart** Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung Sonstige**Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.:** unter 15 min. unter 30 min. mehr als 30 min.

Anmerkungen

**Zusätzliche Ausstattung des Zimmers** (Bett und Kleiderschrank und Bad-Mitbenutzung sind vorausgesetzt) eigenes Bad TV Internet/WLAN Internet-Stick

Anmerkungen

**Maximales Kostenbudget für die Betreuung:****Tagesstruktur**

Morgens:

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

## Zum Schluss freuen wir uns auf einen Hinweis, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind?

### Empfehlung durch:

- Arzt                       Pflegedienst                       Pflegeberatung                       Freunde/Bekannte

Name des Empfehlenden (wenn eine Empfehlung durch Arzt, Pflegedienst oder Pflegeberatung erfolgte):

### Werbung

- Internet                       Suchmaschine                       Zeitung                       Ratgeber  
 Radio                       Außenwerbung

### Andere

### Unterschrift:

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass Pflege zu Hause Raiser die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen, im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, einzusehen unter: <https://www.pflege-zuhause-raiser.de/datenschutzerklaerung/>

Ich versichere zudem zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von Pflege zu Hause Raiser kontaktiert zu werden.

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

Datum, Unterschrift/Signatur (Vor- und Nachname)

### Abschließende Bemerkungen/Pflegegrad: