Pflegevermittlung Rhein-Main GmbH

Fragebogen zur BEDARFSANALYSE

Eine umfassende Bedarfsanalyse ist die Grundlage einer individuellen Betreuung zu Hause und notwendig, um mit der Suche nach einer geeigneten Betreuungsperson beginnen zu können.

Bitte füllen Sie den Fragebogen in Ruhe gewissenhaft und vollständig aus!

Bitte senden Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt an uns zurück:

per Post an:

Pflegevermittlung Rhein-Main GmbH
Rangenbergstraße 14
60388 Frankfurt am Main

per E-Mail an:

info@pflegevermittlung-rheinmain.de

Melden Sie sich bei Rückfragen gerne auch telefonisch:
06109 - 96 69 311

1. Kontaktdaten

1.1 Hilfsbedürftige Person(en):

Vorname: _____ Nachname: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Vorname: _____ Nachname: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

1.2 Ansprechperson(en) für die Pflegevermittlung Rhein-Main GmbH:

Vorname: _____ Nachname: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Verhältnis zur hilfsbedürftigen Person: _____

Vorname: _____ Nachname: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Verhältnis zur hilfsbedürftigen Person: _____

1.3 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ◯ Krankenhaus
- ◯ ambulanter Pflegedienst
- ◯ Beratungsstelle
- ◯ Arzt/Therapeut
- ◯ Internetrecherche
- ◯ Empfehlung von Freunden/Bekannten
- ◯ Sonstiges

Nähere Angaben oder Stempel der Einrichtung:

Einverständniserklärung

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese gewissenhaft gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden und schützen sie durch angemessene technische und organisatorische Maßnahmen.

Ausführliche Informationen finden Sie unter: **www.pflegevermittlung-rheinmain.de**

◯ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Pflegevermittlung Rhein-Main GmbH die in diesem Fragebogen zur Bedarfsanalyse enthaltenen personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, erfasst und zum Zwecke der Anbahnung einer Betreuung in häuslicher Gemeinschaft und der daraus resultierenden Personenbetreuung an direkt beteiligte Partner weitergibt.

Die Datenweitergabe an direkt beteiligte Partner erfolgt anfangs anonymisiert.Persönliche Daten werden erst weitergegeben, wenn einem Betreuungsvorschlag zugestimmt wurde.

◯ Ich bestätige, dass die gemachten Angaben freiwillig nach meinem bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind und ich zur Weitergabe der Daten befugt bin.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

2. Erste hilfsbedürftige Person

2.1 Angaben zur Person:

◯ männlich ◯ weiblich

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Größe _____ cm

Befindet sich die Person aktuell in (teil-)stationärer Behandlung?

◯ ja ◯ nein

Wann soll die Betreuung zu Hause beginnen?

◯ innerhalb von 14 Tagen ◯ ab _____

Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?

◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ derzeit keinen Pflegegrad

Krankenkasse der hilfsbedürftigen Person: _____

Versicherten-Nummer: _____

2.2 Leistungen der Pflegekasse und Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes

Bitte beachten Sie, dass die Behandlungspflege (bspw. Medikamentengabe, Wundversorgung oder das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen) ausgeschlossen ist und durch einen Pflegedienst erfolgen muss.

Wird ein Pflegedienst in Anspruch genommen?

◯ nein ◯ wöchentlich ◯ mehrmals pro Woche ◯ täglich ◯ mehrmals täglich

Welche Aufgaben soll der ggf. eingesetzte Pflegedienst auch weiterhin übernehmen?

_____

Darf sich die Pflegevermittlung Rhein-Main GmbH mit dem Pflegedienst über die Versorgung der hilfsbedürftigen Person austauschen?

◯ ja ◯ nein ◯ nach Rücksprache

Angaben zum Pflegedienst: _____

Bekommen Sie Pflegegeld ausgezahlt?

◯ nein ◯ ja, in Höhe von _____ Euro

Verwenden Sie den Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 131 Euro?

◯ ja ◯ nein

2.3 Diagnosen und Gründe für die Betreuungsbedürftigkeit:

◯ Demenz ◯ Altersschwäche ◯ Schlaganfall ◯ Angstzustände ◯ Krebs
◯ Einsamkeit ◯ Depression ◯ Unfall/Sturz ◯ Amputation ◯ Rheuma
◯ Parkinson ◯ Diabetes ◯ Herzerkrankung

Anmerkungen: _____

Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

◯ nein ◯ ja, folgende: _____

Hat die hilfsbedürftige Person ansteckende Krankheiten oder Keime (z.B. MRSA, ESBL, Hepatitis)?

◯ nein ◯ ja, wird versorgt durch: _____

2.4 Inkontinenz

◯ nicht inkontinent ◯ stuhlinkontinent ◯ künstlicher Blasenausgang ◯ Dauerkatheter
◯ harninkontinent ◯ künstlicher Darmausgang ◯ teilweise inkontinent (z. B. nachts)

Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?

◯ nein ◯ ja, Wechsel erfolgt selbstständig ◯ ja, Wechsel durch Betreuungsperson

2.5 Kommunikationsfähigkeit

Sehen:	◯ nicht eingeschränkt	◯ eingeschränkt	◯ stark beeinträchtigt	◯ blind
Hören:	◯ nicht eingeschränkt	◯ eingeschränkt	◯ stark beeinträchtigt	◯ gehörlos
Sprechen:	◯ nicht eingeschränkt	◯ eingeschränkt	◯ stark beeinträchtigt	◯ verstummt

2.6 Mobilität

Bettlägerigkeit:	◯ nein	◯ ja	
Hinlegen und Aufstehen:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme
Hinsetzen und Aufstehen:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme
Stehen:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme
Gehen:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme
Umgang mit Gehhilfen:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme
Umgang mit Rollstuhl:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme
Umsetzen (Transfer):	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme
Umlagern im Bett:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme

Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

◯ nein ◯ ja

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

◯ Pflegebett ◯ Hebegurt/-sitz ◯ Lifter ◯ Toiletten-/Duschstuhl
◯ Rollstuhl ◯ Rollator ◯ weitere: _____

2.7 Mentale Verfassung (Demenz-Anamnese)

Hat die hilfsbedürftige Person Orientierungsschwierigkeiten?

◯ nein ◯ zeitlich („Welcher Tag ist heute?“) ◯ örtlich („Wo bin ich?)
◯ räumlich („Wo ist die Toilette?“) ◯ situativ („Was mache ich hier gerade?“)
◯ zur eigenen Person („Wie heiße ich?“) ◯ zu anderen Personen („Woher kenne ich dich?“)

Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?

◯ nein ◯ ggü. sich selbst ◯ ggü. anderen ◯ ggü. Gegenständen ◯ ja, verbal

Anmerkungen:

Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?

◯ nein ◯ Angstzustände ◯ Apathie (Teilnahmslosigkeit) ◯ Halluzinationen
◯ starke Unruhe ◯ Hinlauftendenz ◯ gestörter Tag-Nacht-Rhythmus ◯ Ablehnung der Pflege

Anmerkungen:

Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

◯ Direkte Ansprache und Aktivierung ist wichtig ◯ Sie bevorzugt es, in Ruhe gelassen zu werden

Anmerkungen:

2.8 Interessen und beliebte Beschäftigungen der hilfsbedürftigen Person

◯ Kochen/Backen ◯ Spaziergänge ◯ Musik ◯ Natur ◯ Tiere
◯ Lesen/Literatur ◯ Fernsehen ◯ Handarbeiten ◯ Gesellschaftsspiele

Weitere:

2.9 Aufgaben der Betreuungsperson

◯ Körperhygiene ◯ Intimpflege ◯ Erinnerung an Medikamenteneinnahme
◯ Nahrungsaufnahme ◯ Toilettengänge ◯ Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen
◯ An- und Auskleiden ◯ Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme

Weitere:

Ist eine Betreuung in der Nacht notwendig?

◯ nein ◯ gelegentlich ◯ jede Nacht ◯ mehrmals pro Nacht

Anmerkungen:

Wie kann die Betreuungsperson in der Nacht gerufen werden?

◯ Klingel ◯ „Babyphone“ ◯ Rufen

3. Angaben zur Betreuungsperson

3.1 Wünsche an die Betreuungsperson

Für welchen Zeitraum planen Sie derzeit den Einsatz einer Betreuungsperson?

◯ unbefristet ◯ befristet für die Dauer von _____ Monaten

Welches Geschlecht bevorzugen Sie?

◯ egal ◯ weiblich ◯ männlich

Welches Alter bevorzugen Sie?

◯ egal ◯ bis 50 Jahre ◯ älter als 50 Jahre

Ist ein Führerschein erforderlich?

◯ nein ◯ ja, unbedingt (wirkt sich auf Tagessatz aus)

Welche Deutschkenntnisse sind für die Betreuung erforderlich?

◯ Kategorie 1: Fortgeschrittene Kenntnisse – Versteht gut bis sehr gut, spricht mit kleineren grammatikalischen Fehlern

◯ Kategorie 2: Kommunikative Kenntnisse – Versteht längere Sätze, spricht in einfachen Sätzen

◯ Kategorie 3: Grundkenntnisse – Versteht mittels Übersetzer (Bsp.: Google), spricht einfache Worte

Darf die Betreuungsperson rauchen?

◯ ja ◯ nein ◯ nur draußen

3.2 Allgemeine Angaben zum Haushalt

Welche Ausstattungsdetails stehen der Betreuungsperson – neben einem eigenen Zimmer – zur Verfügung?

◯ eigenes Bad ◯ TV ◯ Fahrrad ◯ Auto ◯ weitere: _____

Wird der Betreuungsperson ein Internetzugang zur Verfügung gestellt?

◯ ja, bereits vorhanden ◯ ja, wird noch bereit gestellt

Wie sind die wichtigsten Einkaufsmöglichkeiten zu erreichen?

◯ zu Fuß ◯ mit öffentlichen Verkehrsmitteln ◯ mit dem Fahrrad ◯ nur mit dem Auto

Gibt es weitere Unterstützung im Haushalt?

◯ nein ◯ ja, folgende: _____

Welche technischen Hilfsmittel sind vorhanden?

◯ Waschmaschine ◯ Wäschetrockner ◯ Geschirrspülmaschine

◯ weitere: _____

Kommen Angehörige oder Bekannte zu Besuch und wenn ja, wie oft?

◯ nein ◯ ja, in folgender Regelmäßigkeit: _____

Wie wohnt die hilfsbedürftige Person?

◯ Haus ◯ Wohnung Sonstiges: _____

Leben neben der ersten hilfsbedürftigen Person noch weiteren Personen im Haushalt?

◯ nein ◯ ja, eine zweite zu betreuende Person (bitte auch Seiten 8-10 ausfüllen)

◯ ja, folgende: _____

3.3 Angaben zu Haushaltstätigkeiten

Soll die Betreuungsperson kochen?

◯ nein ◯ ja, für _____ Personen (inkl. Betreuungsperson)

Soll die Betreuungsperson die Wohnfläche reinigen?

◯ nein ◯ ja, ca. _____ m^2 Wohnfläche

Welche weiteren Tätigkeiten soll die Betreuungsperson übernehmen?

◯ Blumenpflege ◯ Waschen/Bügeln ◯ Einkaufen

◯ weitere: _____

Soll die Betreuungsperson Haustiere versorgen?

◯ nein ◯ ja, folgende: _____

3.4 Freizeitregelung

◯ ein freier Tag pro Woche ◯ zwei halbe freie Tage pro Woche

Anmerkungen:

Wer übernimmt die Betreuung, wenn die Betreuungsperson Freizeit hat?

4. Zweite hilfsbedürftige Person

4.1 Angaben zur Person:

◯ männlich ◯ weiblich

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Größe _____ cm

Befindet sich die Person aktuell in (teil-)stationärer Behandlung?

◯ ja ◯ nein

Wann soll die Betreuung zu Hause beginnen?

◯ innerhalb von 14 Tagen ◯ ab _____

Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?

◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ derzeit keinen Pflegegrad

Krankenkasse der hilfsbedürftigen Person: _____

Versicherten-Nummer: _____

4.2 Leistungen der Pflegekasse und Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes

Bitte beachten Sie, dass die Behandlungspflege (bspw. Medikamentengabe, Wundversorgung oder das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen) ausgeschlossen ist und durch einen Pflegedienst erfolgen muss.

Wird ein Pflegedienst in Anspruch genommen?

◯ nein ◯ wöchentlich ◯ mehrmals pro Woche ◯ täglich ◯ mehrmals täglich

Welche Aufgaben soll der ggf. eingesetzte Pflegedienst auch weiterhin übernehmen?

_____

Darf sich die Pflegevermittlung Rhein-Main GmbH mit dem Pflegedienst über die Versorgung der hilfsbedürftigen Person austauschen?

◯ ja ◯ nein ◯ nach Rücksprache

Angaben zum Pflegedienst: _____

Bekommen Sie Pflegegeld ausgezahlt?

◯ nein ◯ ja, in Höhe von _____ Euro

Verwenden Sie den Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 131 Euro?

◯ ja ◯ nein

4.3 Diagnosen und Gründe für die Betreuungsbedürftigkeit:

◯ Demenz ◯ Altersschwäche ◯ Schlaganfall ◯ Angstzustände ◯ Krebs
◯ Einsamkeit ◯ Depression ◯ Unfall/Sturz ◯ Amputation ◯ Rheuma
◯ Parkinson ◯ Diabetes ◯ Herzerkrankung

Anmerkungen: _____

Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

◯ nein ◯ ja, folgende: _____

Hat die hilfsbedürftige Person ansteckende Krankheiten oder Keime (z.B. MRSA, ESBL, Hepatitis)?

◯ nein ◯ ja, wird versorgt durch: _____

4.4 Inkontinenz

◯ nicht inkontinent ◯ stuhlinkontinent ◯ künstlicher Blasenausgang ◯ Dauerkatheter
◯ harninkontinent ◯ künstlicher Darmausgang ◯ teilweise inkontinent (z. B. nachts)

Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?

◯ nein ◯ ja, Wechsel erfolgt selbstständig ◯ ja, Wechsel durch Betreuungsperson

4.5 Kommunikationsfähigkeit

Sehen:	◯ nicht eingeschränkt	◯ eingeschränkt	◯ stark beeinträchtigt	◯ blind
Hören:	◯ nicht eingeschränkt	◯ eingeschränkt	◯ stark beeinträchtigt	◯ gehörlos
Sprechen:	◯ nicht eingeschränkt	◯ eingeschränkt	◯ stark beeinträchtigt	◯ verstummt

4.6 Mobilität

Bettlägerigkeit:	◯ nein	◯ ja	
Hinlegen und Aufstehen:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme
Hinsetzen und Aufstehen:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme
Stehen:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme
Gehen:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme
Umgang mit Gehhilfen:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme
Umgang mit Rollstuhl:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme
Umsetzen (Transfer):	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme
Umlagern im Bett:	◯ selbstständig	◯ mit Unterstützung	◯ vollständige Übernahme

Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

◯ nein ◯ ja

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

◯ Pflegebett ◯ Hebegurt/-sitz ◯ Lifter ◯ Toiletten-/Duschstuhl
◯ Rollstuhl ◯ Rollator ◯ weitere: _____

4.7 Mentale Verfassung (Demenz-Anamnese)

Hat die hilfsbedürftige Person Orientierungsschwierigkeiten?

◯ nein ◯ zeitlich („Welcher Tag ist heute?“) ◯ örtlich („Wo bin ich?)
◯ räumlich („Wo ist die Toilette?“) ◯ situativ („Was mache ich hier gerade?“)
◯ zur eigenen Person („Wie heiße ich?“) ◯ zu anderen Personen („Woher kenne ich dich?“)

Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?

◯ nein ◯ ggü. sich selbst ◯ ggü. anderen ◯ ggü. Gegenständen ◯ ja, verbal

Anmerkungen:

Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?

◯ nein ◯ Angstzustände ◯ Apathie (Teilnahmslosigkeit) ◯ Halluzinationen
◯ starke Unruhe ◯ Hinlauftendenz ◯ gestörter Tag-Nacht-Rhythmus ◯ Ablehnung der Pflege

Anmerkungen:

Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

◯ Direkte Ansprache und Aktivierung ist wichtig ◯ Sie bevorzugt es, in Ruhe gelassen zu werden

Anmerkungen:

4.8 Interessen und beliebte Beschäftigungen der hilfsbedürftigen Person

◯ Kochen/Backen ◯ Spaziergänge ◯ Musik ◯ Natur ◯ Tiere
◯ Lesen/Literatur ◯ Fernsehen ◯ Handarbeiten ◯ Gesellschaftsspiele

Weitere:

4.9 Aufgaben der Betreuungsperson

◯ Körperhygiene ◯ Intimpflege ◯ Erinnerung an Medikamenteneinnahme
◯ Nahrungsaufnahme ◯ Toilettengänge ◯ Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen
◯ An- und Auskleiden ◯ Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme

Weitere:

Ist eine Betreuung in der Nacht notwendig?

◯ nein ◯ gelegentlich ◯ jede Nacht ◯ mehrmals pro Nacht

Anmerkungen:

Wie kann die Betreuungsperson in der Nacht gerufen werden?

◯ Klingel ◯ „Babyphone“ ◯ Rufen