

# 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](mailto: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](http://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:** .....

### 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 heiÙe 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

### 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<sup>2</sup> 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:** .....

### 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 heiÙe 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