

## Fragebogen zur Bedarfsanalyse

Um eine individuelle und passende Betreuung zu Hause zu gewährleisten, ist eine umfassende Bedarfsanalyse essenziell. Da dieser Erfassungsbogen zur Suche nach einer geeigneten Betreuungsperson dient, bitten wir Sie, diesen Fragebogen mit der gebotenen Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit auszufüllen.

**Falls Sie Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, dann rufen Sie uns bitte einfach an, wir beraten Sie gerne!**



**02154 – 888 731 3**

**Bitte senden Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt an uns zurück, entweder per Post oder per E-Mail!**



Deutsches Pflegehilfswerk  
Anratherstraße 21 • 47877 Willich



[kontakt@deutsches-pflegehilfswerk.de](mailto:kontakt@deutsches-pflegehilfswerk.de)

### 1 Angaben zur Ansprechperson für das Deutsche Pflegehilfswerk

Herr      Frau      Vorname:

Nachname:

Straße & Hausnummer:

Telefon:

PLZ & Ort:

E-Mail:

Verhältnis zur ersten hilfsbedürftigen Person:

### 2 Angaben zur ersten hilfsbedürftigen Person

Herr      Frau      Vorname:

Nachname:

Straße & Hausnummer:

Geburtsdatum:

PLZ & Ort:

Körpergewicht & Körpergröße:      kg      cm

**Wann soll der Betreuungsbeginn für die hilfsbedürftige Person sein?**

innerhalb von 7 Tagen      innerhalb von 14 Tagen      ab:

**Welchen Pflegegrad besitzt die hilfsbedürftige Person?**

1      2      3      4      5      derzeit ist kein Pflegegrad vorhanden

**Welcher Pflegegrad ist für die hilfsbedürftige Person beantragt?**

1      2      3      4      5

**2.1 Betreuungsbedürftigkeit**

Vorerkrankungen	körperliche Einschränkungen	psychische Erkrankungen	Anmerkungen
Demenz	Schlaganfall	Angstzustände	
Parkinson	Altersschwäche	Einsamkeit	
Diabetes	Unfall / Sturz	Depression	
Herzerkrankung	Amputation		
Krebs			
Rheuma			

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

nein      ja, folgende:

**Hat die hilfsbedürftige Person Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

nein      ja, folgende:

**Hat die hilfsbedürftige Person eine Hauterkrankung / -schädigung (z.B. Dekubitus)?**

nein      ja, wird versorgt durch:

**2.2 Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst****ANMERKUNG!**

**i** 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, und wenn ja, wie oft?**

nein      wöchentlich      mehrmals pro Woche      täglich      mehrmals täglich

**Wenn ein Pflegedienst in Anspruch genommen wird, welche Aufgaben soll dieser auch weiterhin übernehmen?**

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

**Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?**

nein      wöchentlich      mehrmals pro Woche

## 2.4 Kommunikationsfähigkeit

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

Ergänzungen:

## 2.5 Mobilität

Bewegung:	selbstständig	mit Unterstützung	
Treppensteigen:	selbstständig	mit Unterstützung	nicht möglich
Baden / Duschen:	selbstständig	mit Unterstützung	vollständig auf Hilfe angewiesen
An- / Auskleiden:	selbstständig	mit Unterstützung	vollständig auf Hilfe angewiesen
Körperpflege:	selbstständig	mit Unterstützung	vollständig auf Hilfe angewiesen

Ergänzungen:

**Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?**

nein      ja

**Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig?**

nein      ja, Hilfe beim Umlagern nicht notwendig      ja, Hilfe beim Umlagern notwendig

**Welche Hilfsmittel sind vorhanden?**

Pflegebett      Hebegurt / -sitz      Lifter      Toiletten- / Duschstuhl      Rollstuhl      Rollator

weitere vorhandene Hilfsmittel:

**Mobilität von Bett zu Roll-, Dusch- oder Toilettenstuhl (Transfer, falls notwendig)**

nicht notwendig      selbstständig      mit Unterstützung      vollständig auf Hilfe angewiesen

**Muss die hilfsbedürftige Person angehoben werden?**

nein      ja, hilfsbedürftige Person hilft mit      vollständig

**Hat die hilfsbedürftige Person Orientierungsschwierigkeiten?**

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

**Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?**

nein	ggü. sich selbst	ggü. anderen Personen	ggü. Gegenständen	ja, verbal
------	------------------	-----------------------	-------------------	------------

**Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?**

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

## 2.7 Aufgaben der Betreuungsperson

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

weitere Aufgaben:

**Ist eine Betreuung in der Nacht notwendig?**

nein	gelegentlich	jede Nacht	mehrmals pro Nacht
------	--------------	------------	--------------------

## 3 Angaben zur 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	30 - 40 Jahre	40 - 50 Jahre	50 - 60 Jahre	älter als 60 Jahre
------	---------------	---------------	---------------	--------------------

**Welche Deutschkenntnisse sind für die Betreuung erforderlich?**

<b>Kategorie I</b>	Kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen. (Entspricht etwa A1 des Europäischen Referenzrahmens)
<b>Kategorie II</b>	Kann sich in bekannten Situationen mit einfachen Worten verständigen. (Entspricht etwa A2 des Europäischen Referenzrahmens)
<b>Kategorie III</b>	Kann klare Sprache verstehen und sich in einfachen Worten ausdrücken. (Entspricht etwa B1 des Europäischen Referenzrahmens)

**Darf die Betreuungsperson rauchen?**

nein	ja	ja, aber nur draußen
------	----	----------------------

**Haben Sie weitere Anforderungen an die Betreuungsperson (z.B. Führerschein)?**

**Welche Ausstattungsdetails stehen der Betreuungsperson zur Verfügung (neben einem eigenen Zimmer)?**

eigenes Bad      TV      Fahrrad      Auto      weitere:

**Wird der Betreuungsperson ein Internetzugang zur Verfügung gestellt?**

nicht möglich      ja, ist bereits vorhanden      ja, wird noch bereitgestellt

**Wie sind die wichtigsten Einkaufsmöglichkeiten zu erreichen?**

zu Fuß      mit öffentlichen Verkehrsmitteln      mit dem Fahrrad      mit dem Auto

**Gibt es weitere Unterstützung im Haushalt?**

nein      ja, folgende:

**Wie wohnt die hilfsbedürftige Person?**

Haus      Wohnung      Sonstiges:

**Leben neben der ersten hilfsbedürftigen Person noch weitere Personen im Haushalt?**

nein      ja, eine zweite zu betreuende Person (bitte auch die Angaben auf Seite 6 & 7 ausfüllen)

ja, folgende:

**3.2 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>

**Welche weiteren Tätigkeiten soll die Betreuungsperson übernehmen?**

Pflanzenpflege      Waschen / Bügeln      Einkaufen

weitere:

**4 Angaben zur zweiten hilfsbedürftigen Person**

Herr      Frau      Vorname:      Nachname:

Geburtsdatum:      Körpergewicht & Körpergröße:      kg      cm

**Welchen Pflegegrad besitzt die hilfsbedürftige Person?**

1      2      3      4      5      derzeit ist kein Pflegegrad vorhanden

**Welcher Pflegegrad ist für die hilfsbedürftige Person beantragt?**

1      2      3      4      5

Vorerkrankungen	körperliche Einschränkungen	psychische Erkrankungen	Anmerkungen
Demenz	Schlaganfall	Angstzustände	
Parkinson	Altersschwäche	Einsamkeit	
Diabetes	Unfall / Sturz	Depression	
Herzerkrankung	Amputation		
Krebs			
Rheuma			

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

nein      ja, folgende:

**Hat die hilfsbedürftige Person Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

nein      ja, folgende:

**Hat die hilfsbedürftige Person eine Hauterkrankung / -schädigung (z.B. Dekubitus)?**

nein      ja, wird versorgt durch:

4.2 **Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst**

**ANMERKUNG!**

**i** 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, und wenn ja, wie oft?**

nein      wöchentlich      mehrmals pro Woche      täglich      mehrmals täglich

**Wenn ein Pflegedienst in Anspruch genommen wird, welche Aufgaben soll dieser auch weiterhin übernehmen?**

4.3 **Inkontinenz & Hilfsmittel**

		Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?
nicht inkontinent	künstlicher Blasenausgang	
harninkontinent	künstlicher Darmausgang	nein
stuhlinkontinent	Dauerkatheter	wöchentlich
teilweise inkontinent (z.B. nachts)	Urinflasche	mehrmals pro Woche

4.4 **Kommunikationsfähigkeit**

<b>Sehen:</b>	nicht eingeschränkt	eingeschränkt	stark beeinträchtigt	blind
<b>Hören:</b>	nicht eingeschränkt	eingeschränkt	stark beeinträchtigt	gehörlos
<b>Sprechen:</b>	nicht eingeschränkt	eingeschränkt	stark beeinträchtigt	verstummt
<b>Ergänzungen:</b>				

Bewegung:	selbstständig	mit Unterstützung	
Treppensteigen:	selbstständig	mit Unterstützung	nicht möglich
Baden / Duschen:	selbstständig	mit Unterstützung	vollständig auf Hilfe angewiesen
An- / Auskleiden:	selbstständig	mit Unterstützung	vollständig auf Hilfe angewiesen
Körperpflege:	selbstständig	mit Unterstützung	vollständig auf Hilfe angewiesen

Ergänzungen:

#### Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

nein ja

#### Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig?

nein ja, Hilfe beim Umlagern nicht notwendig ja, Hilfe beim Umlagern notwendig

#### Mobilität von Bett zu Roll-, Dusch- oder Toilettenstuhl (Transfer, falls notwendig)

nicht notwendig selbstständig mit Unterstützung vollständig auf Hilfe angewiesen

#### Muss die hilfsbedürftige Person angehoben werden?

nein ja, hilfsbedürftige Person hilft mit vollständig

## 4.6 Mentale Verfassung (Demenz -Anamnese)

#### Hat die hilfsbedürftige Person Orientierungsschwierigkeiten?

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

#### Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?

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

#### Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?

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

## 4.7 Aufgaben der Betreuungsperson

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

#### Ist eine Betreuung in der Nacht notwendig?

nein gelegentlich jede Nacht mehrmals pro Nacht

Krankenhaus

ambulanter Pflegedienst

Beratungsstelle

Arzt / Therapeut

Internetrecherche

persönliche Empfehlung

Sonstiges:

**i Hinweis zum Datenschutz!**

Im Rahmen dieser Bedarfsanalyse erfassen wir sehr sensible Daten, die sowohl persönliche Daten als auch Gesundheitsdaten umfassen. Diese Erfassung ist Grundlage für die Erbringung der Dienstleistung der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft und damit einhergehend der von Ihnen gewünschten Personenbetreuung.

Der Schutz Ihrer Daten hat bei uns oberste Priorität und die Verarbeitung der erfassten Daten erfolgt nur mit äußerster Sorgfalt. Grundlage unseres Umgangs mit Ihren Daten ist die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Darauf aufbauend verwenden wir Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden, die eventuelle Weitergabe an Partnerunternehmen erfolgt nur anonymisiert. Zudem ergreifen wir alle notwendigen und angemessenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Schutz Ihrer Daten.

Mit Ihrer schriftlichen Zustimmung bzw. dem Rückversand des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie alle Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen eingetragen haben und dass Sie das Einverständnis der weiteren beteiligten Personen besitzen, deren personenbezogenen Daten neben Ihren eigenen Teil des Erfassungsbogens sind.

**Datum:**

**Unterschrift:**