

FRAGEBOGEN ZUR BEDARFSANALYSE

Stand: 20.10.2020



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 gewissenhaft aus und senden ihn uns auf einem der folgenden Wege zurück:



Bitte senden Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt an uns zurück:

Post: Linara GmbH
Mariendorfer Damm 161
12107 Berlin

E-Mail: beratung@linara.de
Fax: 030 – 62 73 967 -20

Optimiert für Adobe Reader. Download kostenfrei: get.adobe.com/reader

Gern füllen wir den Fragebogen auch gemeinsam mit Ihnen am Telefon aus:

0800 – 64 87 225

1. ANSPRECHPERSON FÜR LINARA

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Verhältnis zur ersten hilfsbedürftigen Person: _____

2. KONTAKT DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON(EN)

Tel.: _____ Mobil: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

3. WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Krankenhaus

Nähere Angaben oder Stempel der Einrichtung:

ambulanter Pflegedienst

Beratungsstelle

Arzt/Therapeut

Internetrecherche

persönliche Empfehlung

Sonstiges



Pflegeberatung Esslingen
Für ein selbstbestimmtes Leben



Hinweise zum Datenschutz

In diesem Fragebogen werden personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, erfasst. Wir benötigen diese Daten zum Zwecke der Anbahnung der von Ihnen gewünschten Dienstleistung der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft und der daraus resultierenden Personenbetreuung.

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese gewissenhaft gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden, geben sie nur anonym an unmittelbar beteiligte Partnerunternehmen weiter und schützen sie durch angemessene technische und organisatorische Maßnahmen.

Mit Ihrer Unterschrift bzw. der Übermittlung des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie alle Angaben wahrheitsgemäß eingetragen haben und die Einwilligung der weiteren Personen besitzen, deren personenbezogene Daten Sie neben Ihren eigenen angegeben haben.

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.linara.de/datenschutz.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Aus technischen Gründen ist es mir nicht möglich, meine Unterschrift digital zu übermitteln. Ich bin mit der Weiterverarbeitung des von mir nicht unterzeichneten Fragebogens zur Bedarfsermittlung einverstanden.

2. ERSTE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

2.1 ZUR PERSON

männlich weiblich

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

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

nein ja

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

2.2 DIAGNOSEN UND GRÜNDE FÜR DIE BETREUNGSBEDÜRFTIGKEIT

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, Folgende: _____

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

nein ja, wird versorgt durch: _____

2.3 VERSORGUNG DURCH EINEN AMBULANTEN PFLEGEDIENST

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

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

Darf sich Linara mit dem Pflegedienst über die Versorgung der hilfsbedürftigen Person austauschen?

ja nein nach Rücksprache

Angaben zum Pflegedienst: _____

2.4 INKONTINENZ

nicht inkontinent stuhlinkontinent künstlicher Blasenaustrag Dauerkatheter
harninkontinent künstlicher Darmaustrag 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
Ergänzungen:

2.6 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
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: _____

Ist ein Transfer von Bett zu Roll-, Dusch- oder Toilettenstuhl notwendig?

nein ja, in folgender Häufigkeit pro Tag: _____

Muss die hilfsbedürftige Person angehoben werden?

nein ja, hilfsbedürftige Person hilft mit vollständig

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-Nachtrhythmus	Ablehnung der Pflege

Anmerkungen:

Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

Eine 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	<u>Erinnerung</u> 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

Welche Deutschkenntnisse sind für die Betreuung erforderlich?

Kategorie I Kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen.
(Entspricht etwa A1 des Europäischen Referenzrahmens)

Kategorie II Kann sich in bekannten Situationen in einfachen Worten verständigen.
(Entspricht etwa A2 des Europäischen Referenzrahmens)

Kategorie III Kann klare Sprache verstehen und sich in einfachen Worten ausdrücken.
(Entspricht etwa B1 des Europäischen Referenzrahmens)

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 bereitgestellt nicht möglich

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: _____

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 HAUSHALSTÄTIGKEITEN

Soll die Betreuungsperson kochen?

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

Soll die Betreuungsperson die Wohnfläche reinigen?

nein ja, ca: _____ m²

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 mehrere Stunden pro Tag

Anmerkungen:

Wer übernimmt die Betreuung, wenn die Betreuungsperson Freizeit hat?

3.5 ABHOLUNG DER BETREUUNGSPERSON BEI ANREISE

Bitte beachten Sie, dass die Anreise nur bis zum nächstgelegenen zentralen Busbahnhof (ZOB), Bahnhof bzw. Flughafen erfolgt.

Abholung persönlich vom zentralen Busbahnhof (ZOB), Bahnhof bzw. Flughafen möglich

Abholung durch Dritte vom zentralen Busbahnhof (ZOB), Bahnhof bzw. Flughafen möglich

keine Abholung möglich

Anmerkungen:

4. ZWEITE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

Die folgenden Seiten müssen Sie nur ausfüllen, wenn eine zweite hilfsbedürftige Person im Haushalt lebt, die auch durch die Betreuungsperson betreut werden soll.

4.1 ZUR PERSON

männlich weiblich

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

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

nein ja

Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?

1 2 3 4 5 derzeit keinen Pflegegrad

4.2 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, Folgende: _____

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

nein ja, wird versorgt durch: _____

4.3 VERSORGUNG DURCH EINEN AMBULANTEN PFLEGEDIENST

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

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

Darf sich Linara mit dem Pflegedienst über die Versorgung der hilfsbedürftigen Person austauschen?

ja nein nach Rücksprache

Angaben zum Pflegedienst: _____

4.4 INKONTINENZ

nicht inkontinent	stuhlinkontinent	künstlicher Blasenaustrag	Dauerkatheter
harninkontinent	künstlicher Darmaustrag	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
Ergänzungen:				

4.6 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
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: _____	

Ist ein Transfer von Bett zu Roll-, Dusch- oder Toilettenstuhl notwendig?

nein ja, in folgender Häufigkeit pro Tag: _____

Muss die hilfsbedürftige Person angehoben werden?

nein ja, hilfsbedürftige Person hilft mit vollständig

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-Nachtrhythmus	Ablehnung der Pflege

Anmerkungen:

Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

Eine 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	<u>Erinnerung</u> 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
---------	-------------	-------