



Pflegeberatung Esslingen – Konstanz – Offenburg

Für ein selbstbestimmtes Leben!

Sie sehen hier den Erhebungsbogen für die Bedarfsanalyse zur Erstellung eines unverbindlichen Angebots. Die Fragen auf den folgenden Seiten sind von unserem Partner vorgegeben. Ihre Antworten ermöglichen uns eine passenden Pflegekraft für Sie zu finden.

Zum weiteren Vorgehen mit dem Erhebungsbogen können Sie das Dokument

- auf ihrem Computer elektronisch ausfüllen und übermitteln

oder

- ausdrucken, händisch ausfüllen und übermitteln

Zur Übermittlung an die Pflegeberatung gibt es folgende Möglichkeiten:

1. Senden Sie uns das Dokument über unsere Website
Dazu scannen Sie das ausgedruckte Dokument oder machen Fotos und laden diese auf unsere Homepage hoch. (<https://www.pflegeberatung-esslingen.de/kooperationspartner/#upload>)
2. Senden Sie uns das Dokument an info@pflegeberatung-esslingen.de
Bitte beachten Sie, dass die verschlüsselte Übertragung in diesem Fall nicht von uns gewährleistet werden kann.
3. Faxen Sie alle Seiten des ausgefüllten Formulars an 0711-30516593
4. Schicken Sie es uns per Post an Pflegeberatung Esslingen, Badstr. 7, 77651 Offenburg



Pflegeberatung & Pflegevermittlung
Esslingen – Konstanz – Offenburg
Für ein selbstbestimmtes Leben!

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 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
Kitzingstr. 15-19
12277 Berlin

E-Mail: info@pflegeberatung-esslingen.de

Fax: 0711 - 30 51 65 93

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. KONTAKTDATEN

1.1 ANSPRECHPERSON FÜR LINARA

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Verhältnis zur ersten hilfsbedürftigen Person: _____

1.2 HILFSBEDÜRFTIGE PERSON(EN)

Tel.: _____ Mobil: _____
Fax: _____ E-Mail: _____

1.3 WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Krankenhaus
ambulanter Pflegedienst
Beratungsstelle
Arzt/Therapeut
Internetrecherche
Empfehlung von Freunden/Bekanntem
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.linara.de/datenschutz.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Linara 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.

Datum: _____ Unterschrift: _____

2. ERSTE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

2.1 ZUR PERSON

männlich weiblich

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Befindet 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

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.

Verwenden Sie den Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 125 Euro?

ja nein

Bekommen Sie Pflegegeld ausgezahlt?

nein ja, in Höhe von: _____

Wer ist die bei der Pflegekasse seit mindestens 6 Monaten angegebene Pflegeperson?

Ansprechperson für Linara (siehe 1.1) andere Person: _____

Soll die Betreuungsperson die Pflegeperson bei Verhinderung vertreten?

ja nein

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

ja nein nach Rücksprache

Angaben zum Pflegedienst: _____

2.3 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: _____

2.4 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

Hinlegen & Aufstehen:	selbstständig	mit Unterstützung	vollständige Übernahme
Hinsetzen & 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
Bettlägerigkeit:	nein	ja	

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?

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

Ist ein Führerschein erforderlich?

nein ja, unbedingt (wirkt sich auf Tagessatz aus)

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: _____

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: _____ 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

4.1 ZUR PERSON

männlich weiblich

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Befindet 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

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.

Verwenden Sie den Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 125 Euro?

ja nein

Bekommen Sie Pflegegeld ausgezahlt?

nein ja, in Höhe von: _____

Wer ist die bei der Pflegekasse seit mindestens 6 Monaten angegebene Pflegeperson?

Ansprechperson für Linara (siehe 1.1) andere Person: _____

Soll die Betreuungsperson die Pflegeperson bei Verhinderung vertreten?

ja nein

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

ja nein nach Rücksprache

Angaben zum Pflegedienst: _____

4.3 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: _____

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

Hinlegen & Aufstehen:	selbstständig	mit Unterstützung	vollständige Übernahme
Hinsetzen & 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
Bettlägerigkeit:	nein	ja	

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?

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
---------	-------------	-------