

# FRAGEBOGEN

Gerne bieten wir Ihnen an, den Fragebogen gemeinsam am Telefon zu besprechen. Rufen Sie uns dazu unter: 0800 / 888 50 80, Mobil: 0170 / 99 68 542 an.

**Senioren Hilfswerk**, im Feil 36, 76547 Sinzheim, E-Mail: info@senioren-hilfswerk.de

**Einsatzbeginn:** **schnellstmöglich** ab dem \_\_\_\_\_

## ANSPRECHPARTNER

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis zur hilfsbedürftigen Person: \_\_\_\_\_

## HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZUR HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON

Pflegegrad 1 2 3 4 5

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_ (kg) Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

### Diagnosen und Gründe für die Betreuungsbedürftigkeit

Demenz (z. B. Alzheimer)

Einsamkeit

Herzinfarkt/Herzerkrankung

Altersschwäche

Angstzustände

geschwächt (KH-Aufenthalt)

Krebs

Depression

Parkinson

Unfall/Sturz

Schlaganfall

Amputation

rheumatische Erkrankungen

Diabetes

weitere:

### Hauptgrund für die Betreuungsbedürftigkeit



# AUFGABEN IN DER BETREUERUNG

## Welche Hilfstätigkeiten werden benötigt

Wofür wird tägliche Hilfe benötigt?

|                      |  |
|----------------------|--|
| Körperhygiene        | Erinnern an die Einnahme von Medikamenten ( <i>Hinweis: Aus rechtlichen Gründen ist die Verabreichung von Medikamenten ausgeschlossen.</i> ) |
| Intimpflege          | Flüssigkeitsaufnahme kontrollieren   |
| An- und Ausziehen    | Begleiten bei Arztbesuchen   |
| Aufnahme von Nahrung | Hilfe beim Toilettengang   |

Sonstiges:

## Nächtliche Betreuung

Betreuung in der Nacht?

Nein                      Ja, manchmal                      Ja, jede Nacht

## Interessen und beliebte Beschäftigungen der hilfsbedürftigen Person

|            |                     |             |
|------------|---------------------|-------------|
| Kochen     | Spaziergehen        | Musik hören |
| Natur      | Lesen               | Fernsehen   |
| Handarbeit | Gesellschaftsspiele |             |

Andere: \_\_\_\_\_

## Tätigkeiten im Haushalt

|                              |  |           |
|------------------------------|--|-----------|
| Kochen                       | Aufräumen, falls ja wieviel m2: _____ m2 |           |
| Pflanzenpflege               | Waschen/Bügeln                           | Einkaufen |
| Hauttiere, falls ja: welche? | _____                                    |           |

## BETREUUNGSPERSON

Einsatzdauer \_\_\_\_\_

Geschlecht:              weiblich                                      männlich

Alter:                      <30                      30-40                      40-50                      >50                      egal

### Hinweise zum Datenschutz

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, einzusehen unter: <http://www.senioren-hilfswerk.de/datenschutzerklaerung>.

Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage vom Senioren Hilfswerk kontaktiert zu werden.

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum: \_\_\_\_\_