FRAGEBOGEN

Gerne bieten wir Ihnen an, den Fragebogen gemeinsam am Telefon zu besprechen. Rufen Sie uns dazu unter: 07221 / 702 8974 , Mobil: 0170 / 99 68 542 an.
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)
- ☐ Altersschwäche
- ☐ Krebs
- ☐ Unfall/Sturz
- ☐ rheumatische Erkrankungen
- ☐ weitere:
- ☐ Einsamkeit
- ☐ Angstzustände
- ☐ Depression
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Diabetes
- ☐ Herzinfarkt/Herzerkrankung
- ☐ geschwächt (KH-Aufenthalt)
- ☐ Parkinson
- ☐ Amputation

Hauptgrund für die Betreuungsbedürftigkeit

Inkontinenz

Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?

☐ Nein

☐ teilweise (z. B. nachts)

☐ Ja: ☐ Urin ☐ Stuhl ☐ Dauerkatheter

☐ Urostoma ☐ Künstlicher Darmausgang

Wechseln von Einlagen oder Inkontinenzmaterial:

☐ selbstständig ☐ durch Betreuungsperson

Mobilität

Ist die hilfsbedürftige Person mobil?

☐ Ja ☐ Ja, mit Rollator oder Gehstock ☐ Ja, mit Rollstuhl ☐ Nein

Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet? ☐ Ja ☐ Nein

☐ bereits gestürzt

Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig? ☐ Ja ☐ Nein

Wird eine kräftige Betreuungsperson benötigt? ☐ Ja ☐ Nein

Mentale Verfassung

☐ keine geistige Störungen ☐ gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus ☐ Weglauftendenz

☐ Persönlichkeit

☐ Aggressivität ☐ Apathie ☐ starke Unruhe

☐ Andere: _____

Kommunikationsfähigkeit

Sehen:	☐ uneingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ fast blind	☐ Blind
Hören:	☐ uneingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ fast taub	☐ Taub
Sprechen:	☐ uneingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ fast stumm	☐ Stumm

Hat die hilfsbedürftige Person ansteckende Krankheiten ?

☐ Ja, folgende: _____

☐ Nein

Wird zukünftig ein ambulanter Pflegedienst für die hilfsbedürftige Person in Anspruch genommen?

☐ Ja (1Mal Woche) ☐ Ja (mehrmals Woche) ☐ Ja (1 x Tag) ☐ Ja (mehrmals am Tag)

☐ Nein

AUFGABEN IN DER BETREUERUNG

Welche Hilfstätigkeiten werden benötigt

Wofür wird tägliche Hilfe benötigt?

- ☐ Körperhygiene
- ☐ Erinnern an die Einnahme von Medikamenten (*Hinweis: Aus rechtlichen Gründen ist die Verabreichung von Medikamenten ausgeschlossen.*)
- ☐ 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
- ☐ Spazierengehen
- ☐ Musik hören
- ☐ Natur
- ☐ Lesen
- ☐ Fernsehen
- ☐ Handarbeit
- ☐ Gesellschaftsspiele
- ☐ Andere: _____

Tätigkeiten im Haushalt

- ☐ Kochen
- ☐ Aufräumen, falls ja wieviel m2: _____m2
- ☐ Pflanzenpflege
- ☐ Waschen/Bügeln
- ☐ Einkaufen
- ☐ Haustiere, 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: _____