

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter:

**Telefon: 0 71 63 – 5 34 59 41**

## Bedarfsfragebogen

### Grundlageninformation zur unverbindlichen Personalanfrage und Angebotserstellung

#### Persönliche Daten

**Leistungsbeginn am:**

fester Termin

variabler Termin

Aktuelle Versorgung:

zu Hause

Reha

Krankenhaus

Kurzzeitpflege

#### Angaben zur Kontaktperson

|  |                  |               |                       |           |
|--|------------------|---------------|-----------------------|-----------|
| Vorname:                               |                  | Nachname:     |                       |           |
| Straße und Hausnummer:                 |                  |               |                       |           |
| PLZ:                                   |                  | Wohnort:      |                       |           |
| Telefon:                               |                  | Mobiltelefon: |                       |           |
| Telefonische Kontaktaufnahme zwischen? |                  | 10-12 Uhr     | 12–14 Uhr             | 14–16 Uhr |
| E-Mail-Adresse:                        |                  |               |                       |           |
| Beziehung zur betreuten Person:        | Ehepartner/in    | Sohn/Tochter  | gesetzlicher Betreuer |           |
|  | Lebenspartner/in | Enkel/in      |                       |           |

#### Angaben zur betreuten Person

|                        |  |               |  |  |
|------------------------|--|---------------|--|--|
| Vorname:               |  | Nachname:     |  |  |
| Straße und Hausnummer: |  |               |  |  |
| PLZ:                   |  | Wohnort:      |  |  |
| Telefon:               |  | Mobiltelefon: |  |  |
| geboren am:            |  |               |  |  |
| Größe (cm):            |  | Gewicht (kg): |  |  |

gelko Pflegevermittlung ist ein Geschäftsbereich der gelko Care Consulting GmbH  
Die rechtlichen Angaben finden Sie auf der letzten Seite des Bedarfsfragebogens.

**Leben weitere Personen im Haushalt der zu betreuenden Person?**

Ja\*

Nein

Vorname:

Nachname:

Geboren am:

Beziehung zur betreuten Person:

**\*Bitte wählen Sie aus, wie sollte es im gemeinsamen Alltag vereinbart werden?**

die weitere Person unterstützt im Haushalt und im gemeinsamen Alltag

die weitere Person wird in hauswirtschaftlicher Leistung eingeschlossen, kein Pflegegrad vorliegend

die weitere Person ist auch pflegebedürftig, ein Pflegegrad liegt vor (Bitte 2. Bedarfsfragebogen ausfüllen!)

## Gesundheitliche Situation und Einschränkungen

### Diagnosen:

|                        |                          |                                    |
|------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| ALS/ Lateralsklerose   | Herzinfarkt              | Medikamente zur Blutverdünnung     |
| Arthrose               | Herzinsuffizienz         | Niereninsuffizienz                 |
| Asthma                 | Herzrhythmusstörung      | Osteoporose                        |
| Demenz beginnend       | Herzschrittmacher        | Rheuma                             |
| Demenz                 | Hypertonie               | Schilddrüsenerkrankung             |
| Depression             | Inkontinenz (Blase/Darm) | Schlaganfall                       |
| Diabetes (Medikation)  | Macula Degeneration      | Schlaganfall mit Halbseitenlähmung |
| Diabetes (Insulin)     | Morbus Alzheimer         | Sturz mit Folgeerkrankung          |
| Durchblutungsstörungen | Morbus Parkinson         | Tumorerkrankung                    |
| Gehschwäche            | Multiple Sklerose        |                                    |

Anmerkung:

### Ansteckende Erkrankungen oder Infektionen bei den im Haushalt lebenden Personen

Ist eine MRSA-Infektion (oder sind andere multiresistente Keime) bekannt?

Ja \*

Nein

Andere ansteckende Erkrankungen\*:

Ja, welche?

Nein

\*wir bitten Sie darum, die ärztliche Verordnung, bzw. empfohlene Schutzmaßnahmen anzugeben

Anmerkung:

## Aktuelle Therapien

Aktuelle Therapiemaßnahmen:                      Praxis                      Hausbesuch                      Keine

Logopädie                      Physiotherapie                      Ergotherapie                      Dialyse                      Andere:

Anmerkung:

## Unterstützungsbedarf der zu betreuenden Person im Alltag

## Wahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit der zu betreuenden Person

Im Alltag                      uneingeschränkt                      teilweise eingeschränkt                      stark eingeschränkt

Sehen

Hören

Sprechen

Anmerkung:

Sehhilfen:                      Brille                      Lupe                      Kontaktlinsen                      blind

Hörhilfen/Hörgerät:                      rechts                      links                      Implantat                      taub

## Kognitive Fähigkeiten der zu betreuenden Person

Merkmale                      uneingeschränkt                      teilweise eingeschränkt                      stark eingeschränkt

Orientierung (Zeit)

Orientierung (Ort)

Orientierung (Person)

Orientierung (situativ)

Motivation/Antrieb

Tag-und Nachtrhythmus

Anmerkung:

## Mobilität - Bewegungsmöglichkeiten der zu betreuenden Person

| Mobilitätsmerkmale                    | selbständig/<br>ohne Hilfe | wenig Hilfe/mit Gehhilfe<br>(Rollator, Gehstock etc.) | umfangreiche Hilfe<br>(und Rollstuhlnutzung) |
|---------------------------------------|----------------------------|---|--|
| Stehen                                |                            |   |  |
| Gehen in der Wohnung/im Haus          |                            |   |  |
| Gehen im Aussenbereich/Spaziergehen   |                            |   |  |
| Treppensteigen                        |                            |   |  |
| Hilfe bei Transfer-Aufstehen/Umsetzen |                            |   |  |
| Lageveränderung/Umdrehen              |                            |   |  |
| Immobilität/vollständig bettlägerig   |                            |   |  |
| Transfer mit Patientenlifter          |                            |   |  |

Anmerkung:

## Erforderliche Hilfestellungen bei der Körperhygiene

| Verrichtung/Hilfebedarf            | selbständig | teilweise Hilfe nötig | vollständige Hilfe/Übernahme |
|------------------------------------|-------------|-----------------------|------------------------------|
| Vollbad/Dusche und Hautpflege      |             |                       |                              |
| Körperpflege am Waschbecken/im Bad |             |                       |                              |
| Mundpflege und Zahnpflege          |             |                       |                              |
| Umgang und Pflege Zahnprothese     |             |                       |                              |
| Oberkörper-/Gesicht-/Händewaschen  |             |                       |                              |
| Rücken und Beine waschen           |             |                       |                              |
| Intimpflege                        |             |                       |                              |
| Rasieren                           |             |                       |                              |
| Haarwäsche                         |             |                       |                              |
| Wechsel und Auswahl der Kleidung   |             |                       |                              |
| Nagel-und Fußpflege*               |             |                       |                              |

\*bei bestehendem Diabetes mellitus und auffällig veränderten Nägeln ist eine med. Nagel-/Fußpflege empfohlen

Anmerkung:

## Vorhandene und/oder beantragte technische\* Pflegehilfsmittel

|             |                       |                 |                        |
|-------------|-----------------------|-----------------|------------------------|
| Gehstock    | Toilettensitzerhöhung | Patientenlifter | Treppensteiggerät      |
| Rollator    | Toiletten-/Nachtstuhl | Pflegebett      | Antidekubitusmatratze  |
| Rollstuhl   | Duschstuhl/-hocker    | Treppenlifter   | Kopfwashbecken/im Bett |
| E-Rollstuhl | Badewannenlifter      |                 |                        |

\* bei Nutzung von technischen Pflegehilfsmitteln kann eine Einweisung vor Ort eventuell notwendig werden

Anmerkung:

## Hilfebedarf bei Ausscheidungen und Inkontinenzversorgung

|   |          |                        |                      |                    |       |
|---|----------|------------------------|----------------------|--------------------|-------|
| Verrichtung/Hilfebedarf                         |          | selbständig            | teilweise Hilfe      | vollständige Hilfe |       |
| Mobilität/Hilfestellung bei WC-Gang             |          |                        |                      |                    |       |
| Wechsel der Inkontinenzversorgung               |          |                        |                      |                    |       |
| Hilfestellung beim Händewaschen                 |          |                        |                      |                    |       |
| Nutzung-Leerung Toilettenstuhl (Nachtstuhl)     |          |                        |                      |                    |       |
| Blasenkatheter - Katheterbeutel leeren/wechseln |          |                        |                      |                    |       |
| Stomabeutel - leeren/wechseln                   |          |                        |                      |                    |       |
| Regelmäßige Verdauung?                          | normal   | Neigung zu Verstopfung | Neigung zu Durchfall |                    |       |
| Hilfsmittel:                                    | Vorlagen | Windeln/Pants          | Urinflasche          | Katheter/SPK       | Stoma |

Anmerkung:

## Nachtruhe und nächtlicher Hilfebedarf

|   |            |             |             |         |                    |
|---|------------|-------------|-------------|---------|--------------------|
| Gewöhnliche Zeit der Nachtruhe?               |            | von ca.     | Uhr         | bis ca. | Uhr                |
| Regelmäßige Einnahme einer Schlafmedikation?  |            |             | Ja          |         | Nein               |
| Wird Unterstützung beim Zubettgehen benötigt? |            |             | Ja          |         | Nein               |
| Aufstehen in der Nacht, WC-Gang in der Nacht? |            |             | ohne Hilfe  |         | mit Hilfe*         |
| *Wie oft?                                     | sporadisch | 1-2 x/Nacht | 2-3 x/Nacht |         | mehr als 3 x/Nacht |

Anmerkung:

gelko Pflegevermittlung ist ein Geschäftsbereich der gelko Care Consulting GmbH  
Die rechtlichen Angaben finden Sie auf der letzten Seite des Bedarfsfragebogens.

## Essen und Trinken

Ist etwas bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme zu beachten?

Normalkost

Diät:

Allergien:

**Besonderheiten/Unterstützungsbedarf im Alltag → Zutreffendes bitte ankreuzen:**

Kau- und/oder Schluckstörung

Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

Hilfe beim Trinken

Flüssigkeiten andicken

Anregung wird benötigt

Zwischenmahlzeiten

mundgerechte Zubereitung

PEG-Sondenernährung

Anmerkung:

## Ergänzende Absprachen und Aufgaben im hauswirtschaftlichen Bereich?

|  |     |      |                |
|--|-----|------|----------------|
| Mahlzeitenzubereitung und Kochen                 | Ja  | Nein | nach Absprache |
| Unterhaltsreinigung von Wohn-bzw. Arbeitsbereich | Ja  | Nein | nach Absprache |
| Wäsche waschen und versorgen, bei Bedarf bügeln  | Ja  | Nein | nach Absprache |
| Einkauf/Besorgungen im Alltag                    | Ja  | Nein | nach Absprache |
| Begleitung zum Arzt                              | Ja  | Nein | nach Absprache |
| Begleitung zum Frisör/zur Fußpflege              | Ja  | Nein | nach Absprache |
| Übernahme leichter Gartentätigkeiten             | Ja  | Nein | nach Absprache |
| Kleine Kehrwoche                                 | Ja  | Nein | nach Absprache |
| Haustierpflege                                   | Ja* | Nein | nach Absprache |

\*Name/Art des Haustieres:

\*Welche Leistungen sind für das Haustier zu erbringen?

Anmerkung:

## Wohnlage und Rahmenbedingungen vor Ort

|              |                 |                                |                  |
|--------------|-----------------|--------------------------------|------------------|
| Wohnung      | Einfamilienhaus | Zwei- bzw. Mehrfamilienhaus    | Betreutes Wohnen |
| Garten       | Balkon/Terrasse | Stadt - abgelegen              | Stadt - zentral  |
| Dorf-zentral | Dorf-abgelegen  | sehr weit abgelegen/Alleinlage |                  |

gelko Pflegevermittlung ist ein Geschäftsbereich der gelko Care Consulting GmbH  
Die rechtlichen Angaben finden Sie auf der letzten Seite des Bedarfsfragebogens.

Steht ein Auto für Einkauf und Besorgungen zur Verfügung? Ja Nein

Hersteller/Modell: Handschaltung Automatik

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.:

10 Minuten 30 Minuten mehr als 30 Minuten mit Bus oder Auto Fahrrad vor Ort

Anmerkung:

## Biographie - Interessen - Tagesgestaltung

Selbständige Tagesgestaltung/Beschäftigung? Ja benötigt Unterstützung/Anleitung

Interessensgebiete/Aktivitäten und Beschäftigung?

Kirche/Gottesdienst Politik/Tagesgeschehen Musizieren/Musik Gesellschaftsspiele  
Kartenspiele Garten/Gartenarbeit Gymnastik Spaziergänge Sport Handarbeiten

Gewohnheiten - Besonderes:

Frühere berufliche Tätigkeit der zu betreuenden Person?

Wie würden Sie Wesen und Charakter der zu betreuenden Person beschreiben?

Raucht die zu betreuende Person/oder eine andere im Haushalt lebende Person? Ja Nein

Anmerkung:

## Pflegegrad und medizinische Verordnungen

Medikamenteneinnahme? selbständig unter Aufsicht unselbständig

Medikation wird gerichtet? selbständig durch Angehörige durch Pflegedienst

Derzeitiger Pflegegrad: 1 2 3 4 5 seit: ist beantragt

|   |                                      |      |
|---|--------------------------------------|------|
| Ist eine Höherstufung des Pflegegrades beantragt?   | Ja                                   | Nein |
| Wurden in diesem Jahr schon Leistungen der Verhinderungspflege beantragt?                             | Ja                                   | Nein |
| Ist derzeit ein Pflegedienst tätig?   | Ja                                   | Nein |
| Soll der Pflegedienst auch weitergehend in Anspruch genommen werden?                                  | Ja*                                  | Nein |
| *Grundpflegeleistungen nach Absprache   |                                      |      |
| *Med. Behandlungspflege/nach ärztl. Verordnung (→ Übernahme durch Betreuungskräfte ist nicht möglich) |                                      |      |
| Ist der Besuch einer Tagespflege vorgesehen?  | Ja,                      x pro Woche | Nein |
| Werden Leistungen durch Dritte erbracht, die weitergehend fortgeführt werden sollen?                  |                                      |      |

## Unterbringung der Betreuungskraft und Rahmenbedingungen

|                                    |                                      |                         |                  |              |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|------------------|--------------|
| Balkon/Terrasse                    | eigenes Bad                          | eigenes WC              | Teeküche/separat | TV im Zimmer |
| <b>Besteht ein Internetzugang?</b> | Internet/WLAN Anschluss              | Internet-Stick "Skype"  | Nein             |              |
| <b>Telefonnutzung vor Ort?</b>     | Country-Flat/Festnetz ins Heimatland | Betreuerhandy/10€/Monat |                  |              |

Anmerkung:

### Freizeitabsprachen vor Ort – wie können diese vereinbart werden?

(→Nutzung der Freizeit außerhalb des Hauses, auch werktags anzubieten)

- nach Absprache/ bzw. täglich - kann mit zu betreuender Person abgestimmt werden
- mit Angehörigen/Familie abzustimmen, ggfs. Ersatzabsprachen (täglich, oder zum Beispiel über separate Absprachen, Tagespflege usw.)



## Erwartungen und Wünsche an die Betreuungskraft

|                         |                  |                                     |                         |           |
|-------------------------|------------------|-------------------------------------|-------------------------|-----------|
| <b>Nationalität?</b>    | keine Vorauswahl | Wunsch/Nationalität:                |                         |           |
| <b>Geschlecht?</b>      | keine Vorauswahl | weiblich                            | männlich                | andere    |
| <b>Altersbereich?</b>   | keine Vorauswahl | Wunschalter (z.B. 30 bis 40 Jahre): |                         |           |
| <b>Deutschkenntnis?</b> | geringe          | mittlere                            | gute                    | sehr gute |
| <b>Führerschein?</b>    | nicht nötig      | Ja, mit Fahrpraxis/Stadt            | Ja, mit Fahrpraxis/Land |           |
| <b>Rauchen?</b>         | egal             | Ja, nur draußen                     | Nein                    |           |

**Haben Sie besondere Erwartungen, Wünsche an die Betreuungskraft?**

**zu guter Letzt...**

**Wir erhalten von Ihnen persönliche Angaben, die wir den geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz entsprechend vertraulich behandeln werden.**

**Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter [www.gelko-pflegevermittlung.de/datenschutz](http://www.gelko-pflegevermittlung.de/datenschutz)**

**Mit Zusendung und Übermittlung der Bedarfserhebung an uns bestätigen Sie,**

- dass Sie die Daten nach bestem Wissen vollständig und richtig angegeben haben.
- dass Sie bevollmächtigt und legitimiert sind, diese an uns für die Bearbeitung einer Personalanfrage und Angebotserstellung weiterzugeben.
- dass wir die Daten im Rahmen der Weiterbearbeitung an unsere Partnerunternehmen senden dürfen und Sie damit einverstanden sind.

Die Bearbeitung Ihrer Personalanfrage und die Angebotserstellung erfolgen kostenlos und unverbindlich.

**Datum:**

**Unterschrift:**

zu betreuende Person /ggfs. bevollmächtigte Person

Zum Schluss gestatten Sie uns noch eine kurze Frage, denn wir möchten natürlich gerne wissen, wie Sie zu uns kamen:

Empfehlung Privat    Internet    Pflegedienst    Arzt    Andere

Herzlichen Dank!

Gerne können Sie uns den Bedarfsfragebogen per E-Mail, Fax oder per Post übermitteln. Wir freuen uns nun auf ein erstes beratendes Gespräch mit Ihnen.

gelko Pflegevermittlung ist ein Geschäftsbereich der gelko Care Consulting GmbH  
Die rechtlichen Angaben finden Sie auf der letzten Seite des Bedarfsfragebogens.

Die verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist:

gelko Care Consulting GmbH  
Bergweg 2  
71394 Kernen

Geschäftsführer: Elke Kluge & Gerhard W. Kluge  
Eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht Stuttgart unter HRB 747304