

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: 0711 – 21 95 52 09

Telefax: 0711 – 95 33 83 80

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):	

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/ ohne Hilfe	wenig Hilfe/mit Gehhilfe (Rollator, Gehstock etc.)	umfangreiche Hilfe (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	Kopfwaschbecken/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:

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/Terasse	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 der Bedarfserhebung.

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
Besteht ein Internetzugang?	Internet/WLAN Anschluss	Internet-Stick "Skype"	Nein	
Telefonnutzung vor Ort?	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

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

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 der Bedarfserhebung.

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