



KWESTIONARIUSZ DO ANALIZY POTRZEB

Prosimy o dokładne wypełnienie formularza – pozwoli nam to dopasować odpowiedniego opiekuna. W przypadku pytań, prosimy o kontakt: +49 160 924 189 43 | biuro@helpinghands.com.pl

1. DANE OSOBY KONTAKTOWEJ

Imię: _____

Nazwisko: _____

Ulica i numer domu: _____

Telefon: _____

Kod pocztowy i miejscowość: _____

E-mail: _____

Relacja z podopiecznym: _____

2. DANE OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI

Imię: _____

Nazwisko: _____

Ulica i numer domu: _____

Data urodzenia: _____

Kod pocztowy i miejscowość: _____

Waga / Wzrost: _____

Data rozpoczęcia opieki: ☐ w ciągu 7 dni ☐ w ciągu 14 dni ☐ od: _____

Stopień opieki (Pflegegrad): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ brak



Złożony wniosek o Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2.1 POTRZEBA OPIEKI – CHOROBY

- ☐ Demencja
- ☐ Parkinson
- ☐ Cukrzyca
- ☐ Choroba serca
- ☐ Rak
- ☐ Reumatyzm
- ☐ Ograniczenia fizyczne
- ☐ Udar
- ☐ Osłabienie starcze
- ☐ Wypadek / Upadek
- ☐ Amputacja
- ☐ Zaburzenia psychiczne
- ☐ Lęki
- ☐ Samotność
- ☐ Depresja

Inne/uwagi: _____

Choroby zakaźne (np. MRSA): ☐ nie ☐ tak, jakie: _____

Alergie/nietolerancje: ☐ nie ☐ tak, jakie: _____



Choroby skóry/odleżyny: ☐ nie ☐ tak, pielęgnowane przez: _____

2.2 WSPARCIE PIEŁĘGNIARSKIE

Czy korzysta z opieki pielęgniarskiej? ☐ nie ☐ raz w tygodniu ☐ kilka razy ☐ codziennie ☐ kilka razy dziennie

Zakres obowiązków serwisu pielęgniarskiego: _____

2.3 NIETRZYMANIE

- ☐ brak
- ☐ mocz
- ☐ kał
- ☐ częściowe (np. nocne)
- ☐ sztuczny pęcherz
- ☐ sztuczny odbyt
- ☐ cewnik
- ☐ butelka na mocz

Środki higieniczne: ☐ nie ☐ tak – zmienia sam ☐ tak – pomaga opiekun

2.4 ZDOLNOŚĆ KOMUNIKACJI

Wzrok: ☐ bez ograniczeń ☐ ograniczony ☐ znacznie ☐ niewidomy

Słuch: ☐ bez ograniczeń ☐ ograniczony ☐ znacznie ☐ głuchy

Mowa: ☐ bez ograniczeń ☐ ograniczona ☐ znacznie ☐ niema



2.5 MOBILNOŚĆ

- ☐ Porusza się samodzielnie
- ☐ Z pomocą
- ☐ Leżąca – wymaga zmiany pozycji
- ☐ Leżąca – nie wymaga zmiany
- ☐ Narażona na upadki

Pomocnicze środki: ☐ łóżko ☐ podnośnik ☐ krzesło toaletowe ☐ wózek ☐ balkonik ☐ inne: _____

Transfer: ☐ niepotrzebny ☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ bierna

Czy trzeba podnosić? ☐ nie ☐ tak – współpracuje ☐ tak – bierna

2.6 ORIENTACJA I ZACHOWANIA

Trudność orientacji: ☐ Brak problemów

Trudność orientacji: ☐ Czasowa

Trudność orientacji: ☐ Lokalna

Trudność orientacji: ☐ Przestrzenna

Trudność orientacji: ☐ Sytuacyjna

Trudność orientacji: ☐ Osobista

Trudność orientacji: ☐ Społeczna

Agresja: ☐ brak ☐ słowna ☐ wobec siebie ☐ wobec innych ☐ przedmioty

Inne: ☐ stany lękowe ☐ pobudzenie ☐ apatia ☐ halucynacje ☐ ucieczki ☐ odmowa opieki



2.7 ZADANIA OPIEKUNA

- ☐ Higiena osobista
- ☐ Higiena intymna
- ☐ Ubieranie i rozbieranie
- ☐ Karmienie
- ☐ Korzystanie z toalety
- ☐ Kontrola przyjmowania płynów
- ☐ Przypominanie o lekach
- ☐ Umawianie i towarzyszenie w wizytach lekarskich
- ☐ Inne: _____

Czy opieka nocna jest potrzebna? ☐ nie ☐ czasami ☐ każdej nocy ☐ kilka razy w nocy

3. INFORMACJE O OPIEKUNIE

Planowany czas pobytu opiekuna: ☐ bezterminowo ☐ tymczasowo, na okres: ____ miesięcy

Preferowana płeć opiekuna: ☐ bez znaczenia ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Preferowany wiek opiekuna: ☐ bez znaczenia ☐ 30-40 lat ☐ 40-50 lat ☐ 50-60 lat ☐ powyżej 60 lat

Znajomość języka niemieckiego:

- ☐ Kategoria I – podstawowe, codzienne wyrażenia (A1)
- ☐ Kategoria II – prosta komunikacja w znanych sytuacjach (A2)
- ☐ Kategoria III – swobodne porozumiewanie się (B1)

Czy opiekun może palić? ☐ nie ☐ tak ☐ tak, ale tylko na zewnątrz



Dodatkowe wymagania wobec opiekuna (np. prawo jazdy): _____

4. WARUNKI DOMOWE

Udogodnienia dla opiekuna: ☐ własna łazienka ☐ telewizor ☐ rower ☐ samochód ☐ inne:

Dostęp do Internetu: ☐ nie ☐ tak – dostępny ☐ tak – zostanie udostępniony

Dojazd do sklepów: ☐ pieszo ☐ komunikacją publiczną ☐ rowerem ☐ samochodem

Czy w gospodarstwie domowym jest dodatkowe wsparcie? ☐ nie ☐ tak, jakie: _____

Miejsce zamieszkania podopiecznego: ☐ dom ☐ mieszkanie ☐ inne: _____

Czy w gospodarstwie mieszkają inne osoby?

☐ nie ☐ tak – druga osoba wymagająca opieki (wypełnij sekcję 5) ☐ tak – inne: _____

5. OBOWIĄZKI DOMOWE

Czy opiekun ma gotować? ☐ nie ☐ tak, dla _____ osób (łącznie z opiekunem)

Czy opiekun ma sprzątać mieszkanie? ☐ nie ☐ tak, około _____ m²

☐ pielęgnacja roślin

☐ pranie / prasowanie

☐ zakupy

☐ inne: _____

6. DRUGA OSOBA WYMAGAJĄCA OPIEKI (jeśli dotyczy)

Imię: _____

Nazwisko: _____



Data urodzenia: _____

Waga i wzrost: _____

Aktualny poziom opieki: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ brak

Wnioskowany poziom opieki: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

7. SKĄD DOWIEDZIELI SIĘ PAŃSTWO O NAS?

- ☐ Szpital
- ☐ Serwis pielęgniarstwa
- ☐ Poradnia
- ☐ Lekarz / terapeuta
- ☐ Wyszukiwarka internetowa
- ☐ Polecenie
- ☐ Inne: _____

8. ZGODA I OŚWIADCZENIE

W ramach niniejszej analizy potrzeb zbieramy dane osobowe i medyczne niezbędne do świadczenia usług opiekuńczych w warunkach domowych. Przetwarzanie danych odbywa się zgodnie z RODO (UE).

Wysyłając formularz, potwierdzają Państwo prawdziwość podanych informacji oraz posiadanie zgody na przekazanie danych innych osób uwzględnionych w formularzu.

Data: _____ Podpis: _____