



BEDARFSANALYSE-FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig und vollständig aus – es hilft uns, eine passende Betreuungskraft für Ihre Bedürfnisse zu finden. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

☎ +49 160 924 189 43

✉ biuro@helpinghands.com.pl

1. KONTAKTPERSON

Vorname und Nachname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Adresse: _____

Beziehung zur pflegebedürftigen Person: _____

2. PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSON

Vorname und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Gewicht / Größe: _____

Adresse: _____

Pflegegrad: _____

Betreuungsbeginn: innerhalb 7 Tage innerhalb 14 Tage ab: _____



2.1 VORERKRANKUNGEN UND PFLEGEBEDARF

- Demenz
- Parkinson
- Diabetes
- Herzkrankheit
- Krebs
- Rheuma
- Körperliche Einschränkungen
- Schlaganfall
- Altersbedingte Schwäche
- Unfall / Sturz
- Amputation
- Psychische Erkrankungen
- Ängste
- Einsamkeit
- Depression

Weitere Angaben / Bemerkungen: _____

Ansteckende Krankheiten (z. B. MRSA, Hepatitis): nein ja, welche: _____

Allergien / Unverträglichkeiten: nein ja, welche: _____

Hautprobleme / Dekubitus: nein ja, gepflegt durch: _____



2.2 AMBULANTER PFLEGEDIENST

Wird ein Pflegedienst in Anspruch genommen?

nein 1× wöchentlich mehrmals wöchentlich täglich mehrmals täglich

Welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst? _____

2.3 INKONTINENZ

keine Inkontinenz

Harninkontinenz

Stuhlinkontinenz

teilweise (z. B. nachts)

künstliche Blase / Urostoma

künstlicher Darmausgang / Stoma

Dauerkatheter

Urinflasche

Verwendet Hygieneprodukte: nein ja, wechselt selbst ja, wird gewechselt

2.4 KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT

Sehvermögen: normal eingeschränkt stark eingeschränkt blind

Hörvermögen: normal eingeschränkt stark eingeschränkt taub

Sprachvermögen: normal eingeschränkt stark eingeschränkt stumm



2.5 MOBILITÄT

Bewegung: selbstständig mit Hilfe

Treppe steigen: selbstständig mit Hilfe nicht möglich

Duschen / Baden: selbstständig mit Hilfe komplett auf Hilfe angewiesen

An- und Ausziehen: selbstständig mit Hilfe komplett auf Hilfe angewiesen

Körperpflege: selbstständig mit Hilfe komplett auf Hilfe angewiesen

Sturzgefahr: nein ja

Ist die Person bettlägerig?

nein ja, ohne Umlagerung ja, mit Umlagerung

Hilfsmittel vorhanden:

Pflegebett Gurt / Hebehilfe Toiletten-/Duschstuhl Rollstuhl Rollator Sonstiges:

Transfer: nicht erforderlich selbstständig mit Hilfe komplett abhängig

Heben erforderlich? nein ja, mit Mitarbeit ja, völlig passiv

2.6 ORIENTIERUNG UND VERHALTEN

keine Einschränkung

zeitlich (z. B. Tag)

lokal (Ort)

räumlich (z. B. WC)

situativ (z. B. Was mache ich hier?)

zur eigenen Person



zu anderen Personen

Aggressives Verhalten: nein gegen sich selbst gegen andere gegen Gegenstände verbal

Weitere Verhaltensauffälligkeiten:

Angstzustände starke Unruhe Apathie Schlafstörungen Halluzinationen Weglauftendenz Ablehnung von Hilfe

2.7 AUFGABEN DER BETREUUNGSKRAFT

Körperpflege

Intimpflege

An- und Auskleiden

Hilfe beim Essen

Toilettengänge

Flüssigkeitskontrolle

Erinnerung an Medikamente

Arzttermine vereinbaren und begleiten

Sonstige Aufgaben: _____

Ist Nachtbetreuung notwendig? nein gelegentlich jede Nacht mehrmals pro Nacht

3. INFORMATIONEN ZUR BETREUUNGSKRAFT

Geplanter Einsatzzeitraum der Betreuungskraft:

unbefristet befristet, für ___ Monate

Bevorzugtes Geschlecht: egal weiblich männlich



Bevorzugtes Alter: egal 30-40 40-50 50-60 über 60

Sprachniveau Deutsch:

Kategorie I – einfache Alltagssprache (A1)

Kategorie II – einfache Kommunikation (A2)

Kategorie III – klare Ausdrucksweise (B1)

Darf die Betreuungskraft rauchen? nein ja nur draußen

Zusätzliche Anforderungen (z. B. Führerschein): _____

4. WOHNBEDINGUNGEN

Welche Ausstattung steht der Betreuungskraft zur Verfügung?

eigenes Bad Fernseher Fahrrad Auto Sonstiges: _____

Internetzugang: nein ja, vorhanden ja, wird bereitgestellt

Einkaufsmöglichkeiten erreichbar: zu Fuß mit öffentlichem Verkehr mit Fahrrad mit Auto

Weitere Unterstützung im Haushalt vorhanden? nein ja, welche: _____

Wohnform: Haus Wohnung Sonstiges: _____

Leben weitere Personen im Haushalt?

nein ja – zweite pflegebedürftige Person (siehe Abschnitt 6) ja – andere: _____

5. HAUSHALTAUFGABEN

Soll die Betreuungskraft kochen? nein ja, für ____ Personen (inkl. Betreuungskraft)

Soll die Betreuungskraft die Wohnung reinigen? nein ja, ca. ____ m²

Pflanzenpflege



Waschen / Bügeln

Einkaufen

Sonstiges: _____

6. ZWEITE PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSON (falls zutreffend)

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Gewicht und Größe: _____

Aktueller Pflegegrad: 1 2 3 4 5 keiner

Beantragter Pflegegrad: 1 2 3 4 5

7. WIE HABEN SIE VON UNS ERFAHREN?

Krankenhaus

Pflegedienst

Beratungsstelle

Arzt / Therapeut

Internetsuche

Empfehlung

Sonstiges: _____



8. EINWILLIGUNG UND DATENSCHUTZ

Im Rahmen dieser Bedarfsanalyse erheben wir personenbezogene und medizinische Daten, die für die Erbringung von häuslichen Betreuungsleistungen erforderlich sind. Die Verarbeitung erfolgt gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Mit dem Absenden dieses Formulars bestätigen Sie die Richtigkeit der gemachten Angaben und dass Sie zur Weitergabe der Daten dritter Personen berechtigt sind.

Datum: _____ Unterschrift: _____