



# 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](mailto: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. HAUSHALTSAUFGABEN

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

Soll die Betreuungskraft die Wohnung reinigen?  nein  ja, ca. \_\_\_ m<sup>2</sup>

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. ZUSTIMMUNG UND ERKLÄRUNG

Im Rahmen dieser Bedarfserhebung werden personenbezogene und medizinische Daten erhoben, die für die Organisation der häuslichen Betreuung notwendig sind. Die Datenverarbeitung erfolgt gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Mit dem Ausfüllen und Absenden des Formulars bestätigen Sie die Richtigkeit der gemachten Angaben sowie, dass Sie berechtigt sind, Daten anderer im Formular genannter Personen zu übermitteln.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



## 9. INFORMATIONSKLAUSEL GEMÄSS DSGVO

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist **Helping Hands Sp. z o.o., ul. Wielicka 95J, 32-005 Niepołomice, Polen**. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zum Zweck der Organisation von Betreuungsleistungen für Senioren gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b und Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO.

Die Angabe der Daten ist freiwillig, aber für die Durchführung des Betreuungsverhältnisses erforderlich. Die Daten können an unsere vertrauenswürdigen Partner – insbesondere Betreuungskräfte und Einrichtungen, die Betreuungsleistungen erbringen – ausschließlich im notwendigen Umfang weitergegeben werden.

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Zudem steht Ihnen das Recht zu, eine Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (in Polen: Präsident des Amtes für den Schutz personenbezogener Daten – UODO) einzureichen.

Sofern Sie Daten Dritter (z. B. pflegebedürftiger Personen) angeben, versichern Sie, dass Sie hierzu rechtlich befugt sind oder die Einwilligung der betroffenen Person eingeholt haben.

Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung:

<https://helpinghands.com.pl/de/datenschutzerklärung/>