

Fragebogen zur Bedarfserfassung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen. Sollen mehr als eine Person betreut werden, bitten wir Sie, zwei Fragebögen auszufüllen.

Kontaktperson

Anrede	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau
Titel	<hr/>	
Vorname	<hr/>	
Nachname	<hr/>	
Straße und Hausnummer	<hr/>	
PLZ	<hr/>	
Ort	<hr/>	
Handynummer	<hr/>	
Telefonnummer im Büro	<hr/>	
Private Telefonnummer	<hr/>	
E-Mail-Adresse	<hr/>	
Beziehung (Verwandtschaftsgrad) zur betreuten Person	<hr/>	

Zu betreuende Person

Anrede	Herr	Frau
Titel	<hr/>	
Vorname	<hr/>	
Nachname	<hr/>	
Straße und Hausnummer	<hr/>	
PLZ	<hr/>	
Ort	<hr/>	
Private Telefonnummer	<hr/>	
Handynummer	<hr/>	
E-Mail-Adresse	<hr/>	
Größe in cm	<hr/>	
Gewicht in kg	<hr/>	
Geburtsdatum	<hr/>	

Wir wünschen Informationen und Beratung zum Thema:

Pflegedienst: Ambulante Pflegegeienst

Assistenzdienst: Das Persönliche-Budget im Dienstleistungsmodell

24 Stunden Betreuung: Durch osteuropäische Betreuungskraft

Wohnt die Person alleine? ja nein

Falls nein, wie viele Personen
leben im Haushalt? _____

Krankenkasse: _____

Pflegenkasse: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 Kein Pflegegrad

Erfolgt z.Zt. eine Versorgung
durch einen Pflegedienst? ja nein

Wenn ja, soll der Pflegedienst
auch weiterhin in Anspruch ge-
nommen werden? ja nein

Wie oft kommt der Pflegedienst? _____

Welche Tätigkeiten erbringt der
Pflegedienst?

Grundpflege	Behandlungspflege	hauswirtschaftliche Tätigkeit
Zubereitung von Mahlzeiten	Entlastungsleistungen (125€)	

Allergien:

keine bekannt

Lebensmittel

Medikamente

Sonstige

Ärztlich angeordnete Therapien:

keine

Injektionen

Blutzucker messen

regelmäßige Medikamenteneinnahmen

Kompressionsstrümpfe

Insulinpflichtig bei Diabetes mellitus

Inhalationen

Kompressionsverbände

Langzeit-Sauerstofftherapie

Kommunikation möglich?

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Sprache				
Hörvermögen				
Sehkraft				
Hörgerät vorhanden?	ja	nein		
Brille vorhanden?	ja	nein		

Orientierung vorhanden?

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Zeitlich				
Örtlich				
Persönlich				

Bewegung

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig

Hilfsmittel zur Bewegung vorhanden?

Rollstuhl	Rollator
Unterarmgehstützen	Treppenlifter
Patientenlifter	Dekubitusmatratze
Wechseldruckmatratze	Prothesen
Gehstock	Weichlagerungsmatratze
Pflegebett	mobiles oder festes Sauerstoffgerät
Sonstiges	

selbständig:

Keine Hilfsperson, kein Hilfsmittel nötig

bedingt selbstständig:

mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson

teilweise unselbstständig:

mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig

unselbstständig:

mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

Körperpflege

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Gesicht				
Oberkörper				
Unterkörper				
Intimpflege				
Baden/Duschen				
Hilfsmittel für die Körperpflege vorhanden?			keine	
behindertengerechtes Bad			Haltegriffe an WC/Waschbecken	
Badelifter			Duschsitz	

Ausscheidungen

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Hilfsmittel für die Körperpflege vorhanden?			keine	
Windeln			Vorlagen	
Urinflasche			Duschsitz	
künstlicher Darmausgang			Bettpfanne	
Katheter			WC Stuhl	
Toilettensitzerhöhung				

Toilettengang

selbstständig bedingt selbstständig teilweise unselbstständig unselbstständig

An-/Auskleiden

selbstständig bedingt selbstständig teilweise unselbstständig unselbstständig

selbstständig:

Keine Hilfsperson, kein Hilfsmittel nötig

bedingt selbstständig:

mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson

teilweise unselbstständig:

mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig

unselbstständig:

mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

Essen/Trinken

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Hilfsmittel für die Körperpflege vorhanden?			ja	nein
Hilfsmittel für die Nahrungsaufnahme vorhanden?			keine	
Sondennahrung	Schnabelbecher	ergonomisches Besteck und Teller		

Diät

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Hilfsmittel für die Körperpflege vorhanden?		ja	ja	nein
Hilfsmittel für die Nahrungsaufnahme vorhanden?			keine	
Sondennahrung	Schnabelbecher	ergonomisches Besteck und Teller		

Therapien

		keine	
aktuelle Therapien	Krankengymnastik	Ergotherapie	

Ein-/Durchschlafen

Steht der/die Betreute nachts auf?	nein	1 mal	2-3 mal	> 3 mal
Ist nachts Hilfe nötig?	ja	nein		
Welche Hilfe ist nachts nötig?	WC Gang	Einlagenwechsel		
	Zubereitung Nacht Mahlzeit			
	Orientierungshilfe (Erinnerung an Tag/Nacht, Hilfestellung um das Bett aufzufinden)			
	Sonstiges _____			

Soziale Bereiche des Lebens:

Regelmäßiger Besuch von Freunden/Familie/Nachbarn:	ja	nein
Teilnahme an Seniorenkreisen:	ja	nein
Besuch in einer Tagespflegeeinrichtung:	ja	nein
Kirchenbesuche:	ja	nein

- selbständig:** Keine Hilfsperson, kein Hilfsmittel nötig
- bedingt selbstständig:** mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson
- teilweise unselbstständig:** mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig
- unselbstständig:** mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

Hauswirtschaftliche Leistungen

Haustiere: wenn ja, welche?	Hund	Katze	Nutztierhaltung	Kleintier in Käfighaltung
Versorgung der Haustiere	ja	nein		
Kochen/Essenvorbereitung	ja	nein		
Wäsche waschen	ja	nein		
Bügeln	ja	nein		
Winterdienst	ja	nein		
Begleiten der Arztbesuchen	ja	nein		
Gibt es einen Haushaltshilfe?	ja	nein		
Kommt sie weiterhin?	ja	nein		
Wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz?				

Welche Informationen zu der betreuten Person sind Ihnen noch wichtig (z. B. beliebte Beschäftigungen, Besonderheiten im Umgang, usw.)

Hier genügen lediglich Stichworte, auf die wir dann im Detailgespräch näher eingehen können.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Anforderungen an Senior Gold 24

Geschlecht weiblich männlich nicht relevant
 Alter von bis
 Darf der Senior rauchen? ja, draußen nein

Gegebenheiten vor Ort

Einwohneranzahl
 Lage Stadtzentrum Stadtrand Vorort
 Dorf Alleinlage
 Wohnungsgröße in m²
 Etagen
 Zimmer
 Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß in Minuten
 Nächster Ansprechpartner im Notfall wohnt im gleichen Haus auf gleichem Grundstück
 im gleichen Ort im Umkreis von 20 km
 nicht in der Nähe

Ausstattung des Zimmers für den Hausengel

Außenfenster eigenes Bad
 Bett WLAN
 Tisch Schrank
 Radio TV
 Telefon Fahrrad

Arbeitsmittel

Alle Arbeitsmittel die zur Leistungserbringung notwendig sind, sind am Einsatzort ausreichend verfügbar

Wunschkdauer des Einsatzes (min. 4 Wochen)

dauerhaft Verhinderungsbetreuung

Monate

geplanter Beginn

Was ist Ihnen sonst noch wichtig?

Hier genügen lediglich Stichworte, auf die wir dann im Detailgespräch näher eingehen können.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Wir sind für Sie da!

Senior Gold 24 GmbH
Allee der Kosmonauten 28A
12681 Berlin
info@seniorgold24.de
017675271980

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die
Möglichkeit hatte, von der Datenschutzerklärung der
Senior Gold 24 GmbH Kenntnis zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Betreuer