

Bedarfs- und Betreuungsfragebogen

Betreuung im eigenen Zuhause - Persönliche Bedarfsermittlung

Warum fragen wir so genau?

Je genauer wir Ihre Situation kennen, desto gezielter können wir eine passende Betreuungskraft auswählen. Wenn Sie eine Angabe nicht kennen, lassen Sie das Feld bitte frei oder wählen Sie „nicht bekannt“.

1. Angaben zur zu betreuenden Person

Anrede: _____ Titel: _____
Name, Vorname: _____
Straße und Nr.: _____
PLZ / Ort: _____ Telefon: _____
E-Mail: _____ Mobil: _____
Geburtsdatum: _____ Alter: _____
Größe: _____ Gewicht: _____
Lebt die Person allein? ☐ Ja ☐ Nein
Weitere Personen im Haushalt: _____
Rauchen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ nur draußen

2. Pflegegrad und Versorgung

Pflegegrad: ☐ Ersteinstuung beantragt ☐ Höherstuung beantragt
Pflegedienst: ☐ Nein ☐ Ja
Wie oft und welche Leistung: _____
Ab wann benötigen Sie unsere Unterstützung?
☐ schnellstmöglich ☐ in den nächsten 14 Tagen ☐ in einem Monat
Voraussichtliche Einsatzdauer: _____
☐ unbestimmt ☐ einmalig zur Vertretung
Bitte kurz erläutern: _____

3. Krankheiten und Diagnosen

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Altersbedingter Allgemeinzustand | ☐ Gehschwäche | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Niedriger Blutdruck | ☐ Herzrhythmusstörungen | ☐ Herzinsuffizienz |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Schlaganfall | ☐ Herzschrittmacher |
| ☐ Thrombose / Embolie | ☐ Arthrose | ☐ Arthritis |
| ☐ Osteoporose | ☐ Rheuma | ☐ Wirbelsäulenerkrankung |
| ☐ Gelenkersatz / Prothese | ☐ Multiple Sklerose (MS) | ☐ ALS |
| ☐ Parkinson | ☐ Epilepsie / Krampfanfälle | ☐ Polyneuropathie |
| ☐ Lähmungen | ☐ Diabetes | ☐ Niereninsuffizienz |
| ☐ Dialyse | ☐ Krebserkrankung | ☐ Asthma |
| ☐ COPD | ☐ Schlafstörung | ☐ Depression |
| ☐ Angststörung | ☐ Suchterkrankung | ☐ Inkontinenz |
| ☐ Stoma | ☐ Dekubitus | ☐ Behinderung |
| ☐ Allergien | ☐ chronische Schmerzen | ☐ Schluckstörung |
| ☐ Sauerstofftherapie | ☐ Schlafapnoe | ☐ Harnwegsinfekt |
| ☐ offene / chronische Wunden | ☐ andere psychiatrische Diagnose | |
| ☐ andere neurologische Diagnose | | |

Weitere Diagnosen, gesundheitliche Besonderheiten oder aktuelle Beschwerden:

4. Medizinisch relevante Besonderheiten

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Insulinpflicht | ☐ regelmäßige Injektionen | ☐ Blutverdünner |
| ☐ Wundversorgung erforderlich | ☐ Inhalation erforderlich | ☐ Krampfanfälle |
| ☐ erhöhtes Sturzrisiko | ☐ ärztlich verordnete Diät | ☐ ansteckende Erkrankung |
| ☐ Sauerstoffgerät vorhanden | ☐ Hausnotruf vorhanden | ☐ nicht bekannt |

Krankenhausaufenthalte in letzter Zeit – wenn ja, weshalb?

Weitere medizinische Hinweise:

Gut zu wissen – medizinische Leistungen

Eine Betreuungskraft ersetzt keinen ambulanten Pflegedienst und übernimmt keine medizinische Behandlungspflege, die entsprechend qualifiziertem Fachpersonal vorbehalten ist. Notwendige medizinische Leistungen müssen anderweitig sichergestellt werden.

Wer übernimmt notwendige medizinische Leistungen?

- | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ nicht erforderlich | ☐ Pflegedienst | ☐ andere |
|---|---------------------------------------|---------------------------------|

Falls andere Lösung:

5. Demenz, Orientierung und kognitive Fähigkeiten

Demenz ärztlich diagnostiziert? ☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Form der Demenz / seit wann:

	nicht beeintr.	teilweise	stark
Erkennen vertrauter Personen	☐	☐	☐
Örtliche Orientierung	☐	☐	☐
Zeitliche Orientierung	☐	☐	☐
Erinnern an wesentliche Ereignisse	☐	☐	☐
Mehrschrittige Alltagshandlungen steuern	☐	☐	☐
Angemessene Entscheidungen treffen	☐	☐	☐
Informationen verstehen	☐	☐	☐
Risiken und Gefahren erkennen	☐	☐	☐
Elementare Bedürfnisse mitteilen	☐	☐	☐
An einem Gespräch beteiligen	☐	☐	☐

Wie zeigt sich die Demenz im Alltag? Was löst Unruhe aus / was beruhigt?

Hinlauf-/Weglauftendenz? ☐ Ja ☐ Nein

6. Verhalten und psychische Besonderheiten

	nie/selten	gelegentlich	regelmäßig
Motorische Verhaltensauffälligkeiten	☐	☐	☐
Nächtliche Unruhe	☐	☐	☐
Verstecken / Sammeln / Verlegen	☐	☐	☐
Beschädigen von Gegenständen	☐	☐	☐
Körperlich aggressives Verhalten	☐	☐	☐
Verbale Aggression / Lautäußerungen	☐	☐	☐
Abwehr von Pflege / Maßnahmen	☐	☐	☐
Ängste / Antriebslosigkeit	☐	☐	☐
Sozial unangemessenes Verhalten	☐	☐	☐
Sexuelle Annäherungsversuche	☐	☐	☐
Unangemessenes An-/Ausziehen	☐	☐	☐

Bitte beschreiben Sie auffällige Situationen, bekannte Auslöser oder hilfreiche Umgangsweisen:

7. Mobilität und Transfer

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ selbstständig mobil | ☐ mit etwas Hilfe | ☐ mit Gehhilfe |
| ☐ Rollstuhl | ☐ immobil | ☐ bettlägerig |
| ☐ sturzgefährdet | ☐ Transfer nötig | ☐ aktive Mithilfe möglich |
| ☐ Umlagerung im Bett | ☐ Pflegebett mit Galgen vorhanden | |

Gut zu wissen – Transfer und körperliche Belastung

Die Betreuungskraft kann beim Aufstehen, Gehen und bei Transfers unterstützen. Muss regelmäßig das vollständige Körpergewicht übernommen werden, sind geeignete Hilfsmittel und gegebenenfalls zusätzliche Unterstützung erforderlich.

Muss das Körpergewicht vollständig übernommen werden?

- ☐ Nein ☐ teilweise ☐ Ja

Ist ein sicherer Transfer durch eine Person möglich?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Treppensteigen: ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ nicht möglich

Letzte Stürze / Besonderheiten:

8. Waschen, Körperpflege und Kleidung

	selbstständig	Erinnerung teilw. Hilfe	volle Hilfe
Grundpflege / Waschen	☐	☐	☐
Duschen / Baden	☐	☐	☐
Intimpflege	☐	☐	☐
Haare waschen	☐	☐	☐
Zahnpflege / Zahnersatz	☐	☐	☐
Kleiderauswahl	☐	☐	☐
An- und Auskleiden	☐	☐	☐

9. Toilette und Inkontinenz

Urin:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ Dauerkatheter	☐ Urinalkondom
Stuhlgang:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ Stoma	
Inkontinenz:	☐ keine	☐ Urin	☐ Stuhl	
Hilfsmittel:	☐ Einlagen	☐ Windelhose	☐ Windeln	☐ Toilettenstuhl
Toilette nachts: Hilfe beim Toilettengang / Wechsel nötig?		☐ Nein	☐ Ja	

10. Ernährung und Trinken

☐ selbstständig essen	☐ mit Hilfe	☐ Essen anreichern
☐ normale Kost	☐ passierte / pürierte Kost	☐ vegetarisch
☐ spezielle Kost	☐ Essen kleinschneiden	☐ Schluckstörung
☐ Trinkerinnerung nötig		

Spezielle Kost / Allergien / Unverträglichkeiten:

Vorlieben / was wird nicht gegessen:

11. Medikamente

Medikamenteneinnahme: ☐ selbstständig ☐ mit Erinnerung

Medikamente werden gestellt durch:

☐ Senior/in ☐ Angehörige ☐ Pflegedienst ☐ Apotheke

Besonderheiten:

12. Nachtruhe und nächtliche Einsätze

Nachtruhe von: bis:

Schläft die Person normalerweise durch? ☐ Ja ☐ Nein

Muss die Betreuungskraft nachts aufstehen?

☐ Nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Wie häufig durchschnittlich? ☐ 1x ☐ 2–3x ☐ 4x oder häufiger

Grund / Aufgabe nachts:

Gut zu wissen – Nachtruhe

Muss die Betreuungskraft nachts aufstehen und unterstützen, muss ihr tagsüber ausreichend Gelegenheit gegeben werden, die fehlende Ruhe nachzuholen. Nächtliche Einsätze müssen deshalb bei der Tagesplanung berücksichtigt werden.

Nach nächtlichen Einsätzen: Kann am Folgetag zusätzliche Ruhezeit ermöglicht werden?

☐

Ja

☐

Nein

☐

muss organisiert werden

13. Schlafmedikation

Schlafmedikation vorhanden?

☐

Nein

☐

Ja

Welche / Besonderheiten:

14. Tagesablauf und Freizeit

Aufstehen ca.:

Frühstück:

Mittagessen:

Ruhe / Mittagsschlaf:

Abendessen:

Zubettgehen:

Freizeitgestaltung:

☐

selbstständig

☐

mit Anleitung

☐

Tagespflege

☐

muss organisiert werden

Regelmäßige Termine / Therapien:

Gut zu wissen – Arbeitszeit und Pausen

Betreuung im eigenen Zuhause bedeutet keine Arbeitsleistung rund um die Uhr. Die Betreuungskraft benötigt ausreichende Pausen und Ruhezeiten. Auch während des gemeinsamen Wohnens steht sie daher nicht jederzeit zur Verfügung.

Kann die betreute Person während der Pausen alleine bleiben?

☐

Ja

☐

teilweise

☐

Nein

Falls nein: Wer übernimmt die Vertretung?

15. Tätigkeiten im Alltag und Haushalt

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Kochen | ☐ Einkaufen | ☐ Wäsche waschen |
| ☐ Bügeln | ☐ Reinigung des Haushaltes | ☐ leichte Gartenarbeit |
| ☐ Haustierversorgung | ☐ Freizeitgestaltung | ☐ Spazieren gehen |
| ☐ zum Arzt begleiten | ☐ Auto fahren | ☐ Hilfe bei der Körperpflege |
| ☐ Umlagerung im Bett | | |
| ☐ Sonstige Aufgaben: | | |

Gut zu wissen – Haushalt und Garten

Zur Betreuung gehören übliche Arbeiten des täglichen Haushalts. Nicht dazu gehören Grund- oder Sonderreinigungen, Fensterputzen, Entrümpelungen, Renovierungsarbeiten oder Arbeiten auf Leitern. Im Garten sind leichte Tätigkeiten möglich; schwere Gartenarbeit und Arbeiten mit schweren Geräten gehören nicht zum Aufgabenbereich.

16. Persönlichkeit und Interessen

Charaktereigenschaften der zu betreuenden Person:

Hobbys & Interessen / was macht die Person besonders gerne?

Was mag die Person gar nicht / was ist im Alltag besonders wichtig?

17. Wohnsituation

Wohnform: ☐ Wohnung ☐ Haus m²:

Lage: ☐ Großstadt ☐ Kleinstadt ☐ Dorf

Etage: Aufzug:

Einkaufsmöglichkeiten: Entfernung:

Angehörige in der Nähe: Entfernung:

18. Zimmer und Ausstattung für die Betreuungskraft

Gut zu wissen – eigenes Zimmer und Privatsphäre

Für die Betreuungskraft muss ein eigenes Zimmer zur alleinigen Nutzung zur Verfügung stehen. Auch beim gemeinsamen Leben im Haushalt benötigt sie einen privaten Rückzugsort.

☐ Bett	☐ Tisch / Sitzmöglichkeit	☐ Schrank
☐ TV	☐ Computer	☐ eigenes Bad
☐ Bad zur Mitbenutzung	☐ eigenes WC	☐ Fahrrad

Wichtig – stabile Internetverbindung

Eine stabile und dauerhaft nutzbare WLAN-Verbindung ist Voraussetzung. Die Betreuungskraft benötigt sie unter anderem für die Kommunikation mit ihrer Familie sowie mit Ansprechpartnern und Partneragenturen.

WLAN: ☐ vorhanden und stabil ☐ eingeschränkt

☐ wird eingerichtet ☐ nicht vorhanden

19. Freizeit und freier Tag

Gut zu wissen – freier Tag

Ein freier Tag bedeutet tatsächlich Freizeit. Die Betreuungskraft übernimmt an diesem Tag keine Betreuungspflichten, darf ausschlafen, das Haus verlassen und ihren Tag frei gestalten. Kann die betreute nicht alleine bleiben, muss eine Aufsichtsperson organisiert werden.

Kann ein vollständig freier Tag ermöglicht werden?

☐ Ja ☐ Nein ☐ muss organisiert werden

Kann die betreute Person an diesem Tag alleine bleiben?

☐ Ja ☐ teilweise ☐ Nein

Freier Tag - falls Vertretung nötig: Wer übernimmt?

20. Verpflegung, weitere Haushaltsmitglieder, Haustiere und Fahrzeug

Gut zu wissen – Verpflegung

Während ihres Aufenthalts wird die Betreuungskraft im Haushalt angemessen mitverpflegt. Die konkrete Organisation von Einkäufen und Haushaltskosten sollte vor Betreuungsbeginn eindeutig abgesprochen sein.

Verpflegung: ☐ gemeinsame Einkäufe ☐ Haushaltsgeld ☐ andere Regelung

Weitere Personen im Haushalt – wer?

Haustiere – Art / Anzahl:

Erwartete Tierpflege:

KFZ vorhanden? ☐ Nein ☐ Ja

☐ Gangschaltung ☐ Automatik

21. Vorhandene Hilfsmittel

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ Hörgerät | ☐ Brille | ☐ Transferlifter | ☐ Duschhocker |
| ☐ Pflegebett | ☐ Rollstuhl | ☐ Rollator | ☐ Toilettenstuhl |
| ☐ Urinflasche | ☐ Windeln | ☐ Prothese | ☐ Orthese |
| ☐ Treppenlift | ☐ Lagerungshilfe | ☐ Lupe | ☐ Gehstock |
| ☐ Wannenlifter | ☐ Hausnotruf | ☐ Sauerstoffgerät | ☐ Inhalationsgerät |
| ☐ Blutzuckermessgerät | ☐ Haltegriffe | ☐ Gehstützen | |
| ☐ Sonstige Hilfsmittel: | | | |

22. Anforderungen und Wünsche an die Betreuungskraft

- Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ egal
- Alter (Wunsch): ☐ egal ☐ 20–30 ☐ 31–40
- ☐ 41–50 ☐ 51–60 ☐ 60+

Deutschkenntnisse

- ☐ Grundkenntnisse (einfache Alltagssituationen)
- ☐ Mittel (normale Gespräche im Alltag)
- ☐ Gut (weitgehend sichere Kommunikation)
- ☐ Sehr gut (sichere, ausführliche Kommunikation)

Erfahrung wichtig:

- ☐ Demenz ☐ Transfer ☐ Bettlägerigkeit ☐ Inkontinenz

Weitere Ausbildung / Erfahrung:

- Führerschein: ☐ nicht erforderlich ☐ erforderlich

Rauchen:

☐

Nichtraucher gewünscht

☐

Raucher möglich

☐

nur draußen

Weitere Wünsche / Bemerkungen:

Bitte Veränderungen mitteilen

Bitte informieren Sie uns, wenn sich Gesundheitszustand oder Betreuungsaufwand wesentlich verändern, z. B. nach Krankenhausaufenthalt, Sturz, mehr Nachtbetreuung oder neuem Transferbedarf. Nur so können wir prüfen, ob die bestehende Betreuung weiterhin passend organisiert ist.

23. Ansprechpartner / Vertragspartner

Anrede:

Titel:

Name, Vorname:

Straße und Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Mobil:

Beziehung:

☐

Ehepartner/in

☐

Tochter / Sohn

☐

gesetzl. Betreuer

☐

Vertragspartner

Rechnungsversand an diese Person?

☐

Nein

☐

Ja

Bevollmächtigt:

☐

Nein

☐

Ja – Vollmacht beifügen

24. Notfallkontakt

Name, Vorname:

Beziehung:

Telefon / Mobil:

Wann am besten erreichbar?

25. Was ist Ihnen besonders wichtig und weitere wichtige Angaben

25. Hinweise zum Datenschutz (EU-DSGVO)

Pflege für Senioren Schug GmbH, Marie-Curie-Str. 3, 50321 Brühl, ist verantwortlich für den Schutz und die Sicherheit Ihrer Daten. Sie erreichen uns postalisch unter dieser Anschrift oder per E-Mail unter info@pflegefuersenioren.com. Die in diesem Fragebogen sowie in Beratungs- und Vermittlungsunterlagen angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Gesundheitsdaten und familiäre Daten, werden erhoben und verarbeitet, soweit dies für die Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses und die gewünschte Dienstleistung erforderlich ist. Zur Erfüllung vertraglicher Pflichten können erforderliche Daten an unsere Vertragspartner innerhalb der EU, insbesondere kooperierende Personalagenturen, übermittelt werden. Für darüberhinausgehende Nutzungen oder zusätzliche Erhebungen ist, soweit erforderlich, eine gesonderte Einwilligung notwendig. Pflichtangaben

können gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben sein oder für Vertragsabschluss, Leistungserbringung oder den angegebenen Zweck benötigt werden. Eine Nichtangabe kann dazu führen, dass die gewünschte Dienstleistung nicht oder nicht vollständig erbracht werden kann. Vertragsdaten und dazugehörige Dokumente werden entsprechend den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen haben Sie insbesondere Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch sowie Datenübertragbarkeit und das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter www.pflegefuersenioren.com.

☐

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

☐

Ich habe die im Fragebogen enthaltenen Hinweise zu Arbeits- und Ruhezeiten, freiem Tag, Nachteinsätzen, Aufgabenbereich, Unterbringung und WLAN gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift