

Fragebogen zur Bedarfsanalyse

Allgemeine Angaben

Angaben zur betreuenden Person:

Vorname:	Nachname:	Geschlecht:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w
Straße und Nr.:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum:	Größe (cm):	Gewicht (kg):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur Kontaktperson:

Vorname:	Nachname:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße und Nr.:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Verwandtschaftsgrad zur betreuenden Person:

- Tochter/Sohn Enkel/in Gesetzlicher Betreuer/in Ehepartner/in Andere

Wann soll die Betreuung beginnen?

Andere Personen im Haushalt:

- nein ja, gesund, wer?

Pflegebedürftige Mitbewohner:

- nein ja (falls ja, bitte einen zweiten Fragebogen ausfüllen)

Gesundheitsmerkmale

Diagnosen und Betreuungsbedarf:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> MS-Patient | <input type="checkbox"/> Lähmung |
| <input type="checkbox"/> leichte Demenz | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Kreislaufkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> mäßige Demenz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> starke Demenz | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> Allergische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinabhängig | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | |

Welchen Pflegegrad hat die/der Pflegebedürftige?

- keinen
 1
 2
 3
 4
 5

Wird ein Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen?

- nein
 ja

Wenn ja, welche Aufgaben soll der Pflegedienst weiterhin verrichten und wie oft?

Geht die zu betreuende Person in eine Tagespflege?

- nein
 ja

Wenn ja, wie oft?

Ansteckende Krankheiten:

- nein
 ja

Falls ja – welche?

Medikamenteneinnahme:

- selbstständig
 unter Aufsicht
 unselbstständig

Wer sortiert die Medikamente?

- selbstständig
 Familie
 Pflegedienst
 Apotheke
 Andere:

Angaben zur Betreuungssituation:

Mobilität - generell:

Stehen: uneingeschränkt eingeschränkt stark eingeschränkt

Gehen: uneingeschränkt eingeschränkt stark eingeschränkt

Bewegung Bett/Rollstuhl

selbstständig (kein Transfer)
 mit Unterstützung (Hand reichen)
 vollständige Transferübernahme

bettlägerig (kein Transfer)
 bettlägerig (Lagern im Bett)

Gesundheitsmerkmale

Bewegung Bad/Dusche

selbstständig (kein Transfer) mit Unterstützung (Hand reichen) vollständige Transferübernahme

Anziehen/Ausziehen

selbstständig mit Hilfe vollständige Unterstützung

Vorhandene Ausrüstung

Rollstuhl Rollator Gehstock
 Hebegurt Hebesitz Badewannenlift
 Treppenlift Toilettenstuhl Pflegebett
 Dekubitusmatratze Sonstige:

Intimpflege:

selbstständig mit Hilfe vollständige Unterstützung im Bett

Harninkontinenz: Nein gelegentlich ja

Stuhlinkontinenz: Nein gelegentlich ja

Hilfsmittel: Vorlagen Windeln Urinflasche Dauerkatheter
 Sonstige:

Nahrungsaufnahme:

Kaustörungen: nein ja **PEG-Sonde:** nein ja

Schluckstörungen: nein ja **Spezielle Diät:** nein ja

Wenn ja, welche Diät?

Trinken: normal braucht Anregung

Anmerkungen:

Wird die Unterstützung in der Nacht benötigt?:

nein ja, aber sporadisch ja, 1 Mal pro Nacht ja, mehrmals pro Nacht

Gibt es spezielle Bedürfnisse bezüglich der Unterstützung in der Nacht?

Werden Schlafmittel eingenommen?

nein ja

Einschränkungen in der Kommunikationsfähigkeit:

Sehkraft: keine mäßige massive blind
Hörvermögen: keine mäßige massive gehörlos
Sprache: keine mäßige massive stumm
Hilfsmittel: Brille Hörgerät

Gesundheitsmerkmale

Einschränkungen in der Orientierung:

- zeitliche: keine ab und zu massive
- örtliche: keine ab und zu massive
- personenbezogene: keine ab und zu massive

Anmerkungen:

Charakter der zu betreuenden Person und Tagesstruktur:

Ehemalige berufliche Tätigkeit:

Hobbys und persönliche Interessen:

Konfession:

- Evangelisch Katholisch Andere:

Wie ist die zu betreuende Person vom Charakter?

Übliche Tagesstruktur:

Welche Informationen werden bei der Betreuung besonders wichtig:

Haushalt und Wohnsituation:

- Großstadt Kleinstadt Dorf ländlich
- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Ausstattung für die Betreuungskraft (getrenntes Zimmer ist Standard):

- Internetzugang TV Toilette zur eigenen Nutzung Bad zur eigenen Nutzung

Haushalt und Wohnsituation:

Einkaufsmöglichkeiten vor Ort (fußläufig):

bis 15 min bis 30 min bis 60 min

Fahrrad vorhanden:

nein ja

Wohnen Familienangehörige oder Freunde in der Nähe?

nein ja

Freizeitregelung:

täglich 2 Stunden (obligatorisch) zusätzlich 2 x 0,5 Tage pro Woche 1 ganzer Tag pro Woche

Sollen die Haustiere mitversorgt werden?

nein ja

Wenn ja, welche?

Gibt es eine zusätzliche Haushaltshilfe?

nein ja

Wenn ja, wie oft kommt sie und welche Tätigkeiten werden übernommen?

Welche weitere Hilfe wird im Haushalt benötigt? Was ist im Haushalt besonders wichtig?

Haben Sie schon Erfahrung mit der häuslichen Betreuung gemacht?

noch nicht ja

Erwartungen an das Personalprofil:

Geschlecht der Betreuungskraft:

keine Präferenz Frau Mann

Raucher/in:

keine Präferenz (geraucht wird nur außerhalb des Wohnbereichs) ja

ja, es handelt sich um einen Raucherhaushalt nein, Raucher nicht erwünscht

Führerschein:

nicht notwendig ja, es ist erforderlich

Wenn Auto vorhanden:

Automatikgetriebe Schaltgetriebe

Marke/Modell:

Sprachkenntnisse deutsch:

keine Präferenz oder es geht auch mit Englisch geringe mittlere gute sehr gute

Zusätzliche Informationen

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Empfehlung Pflegedienst Flyer

Apotheke Familie/Bekannte Andere

Haben Sie sonstige Fragen oder Anmerkungen?

- Ich bin damit einverstanden, dass die SYNERGIE-Gruppe die in diesem Fragebogen zur Bedarfsanalyse enthaltenen persönlichen Daten, Informationen und Gesundheitsdaten im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ich habe verstanden, dass meine personenbezogenen Daten, die ich SYNERGIE-Gruppe in diesem Fragebogen mitgeteilt habe zu Zweck der Anbahnung eines Dienstleistungsvertrages zur Erbringung von Betreuungsleistungen verarbeitet werden und in diesem Zusammenhang an polnische Tochtergesellschaften der SYNERGIE-Gruppe übermittelt werden.

- Soweit ich, die Kontaktperson, Daten in diesem Fragebogen eintrage, die nicht allein meine Person betreffen, versichere ich hiermit, dass ich von dieser Person zur Abgabe dieser Einwilligungserklärung bevollmächtigt bin. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der SYNERGIE-Gruppe kontaktiert zu werden. Die Angabe meiner Daten ist freiwillig. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen unter der E-Mail-Adresse datenschutz@synergie.de. Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz in der SYNERGIE-Gruppe finden Sie unter: <https://www.synergie.de/datenschutz/>.

- Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen richtig und vollständig sind. Dieser Fragebogen ist Bestandteil eines eventuellen späteren Dienstleistungsvertrages.

Ihre Unterschrift führt zu keinem Auftrag. Die Erstellung des Suchprofils ist für Sie unverbindlich und kostenfrei.

Datum, Unterschrift der zu betreuenden Person

Datum, Unterschrift der Kontaktperson

telefonisch aufgenommen durch