



AKRITAS GmbH

Rundum-Betreuung

Kaminski & Hajduk

Fragebogen zur Bedarfsanalyse

Angaben zur Kontaktperson / Ansprechpartner

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad zu der pflegebedürftigen Person: _____

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Raucher/in: ja nein

Größe: _____ Gewicht: _____

Bestehender Pflegegrad: keiner Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

Krankenkasse: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Wird der Entlastungsbetrag in Höhe von 125,00 (§ 45b SGB XI) in Anspruch genommen: ja nein

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst eingesetzt? ja nein

Wenn ja, welche Leistungen werden durch den Pflegedienst erbracht?

Lebt die pflegebedürftige Person allein im Haushalt?

ja nein, gemeinsam mit: Vorname, Name, Geburtsdatum:

Wünscht diese Person ebenfalls Unterstützung? ja nein

Wenn ja, bitte einen separaten Fragebogen ausfüllen.

Haustiere: ja nein welche: _____

Diagnosen

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Amputation | <input type="checkbox"/> Unfall/Sturz | <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Angstzustände |
- Allergien, welche: _____

Ansteckende Krankheiten, z. B. MRSA, Hepatitis: _____

Harninkontinenz Stuhlinkontinenz

Sonstige Krankheiten: _____

Kommunikation

Sprache uneingeschränkt eingeschränkt nicht möglich

Hörvermögen uneingeschränkt eingeschränkt gehörlos

Sehkraft uneingeschränkt eingeschränkt blind

Mobilität/Beweglichkeit

selbstständig mit Unterstützung mit Gehhilfen mit Rollator

mit Rollstuhl hat Bewegungseinschränkungen liegt nur im Bett

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

- Toilettenstuhl Rollator Rollstuhl Pflegebett
- Badewannenlift Treppenlift weitere _____

Orientierungsvermögen

- Zeitlich: uneingeschränkt eingeschränkt desorientiert
- Persönlich: uneingeschränkt eingeschränkt desorientiert
- Örtlich: uneingeschränkt eingeschränkt desorientiert
- Situativ: uneingeschränkt eingeschränkt desorientiert

Verhaltensweise

- klar und unauffällig Teilnahmslosigkeit Halluzinationen starke Unruhe
- Weglauftendenz Angstzustände gestörter Tag-Nacht-Rhythmus

Allgemeine Angaben

Beginn der Pflege und Betreuung: _____

- unbefristet befristet für die Dauer von: _____

Ehemalige berufliche Tätigkeit: _____

Ehemalige oder aktuelle Hobbys: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Krankenhaus in: _____ amb. Pflegedienst: _____
- Zeitungsannonce, welche Zeitung: _____
- Internet persönliche Empfehlung durch: _____
- Sonstiges: _____

Anforderungen an die Pflegehilfskraft

- Geschlecht: weiblich männlich egal
- Führerschein: ja egal
- Nichtraucher/in: ja egal

Angaben zu den gewünschten Tätigkeiten

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Mahlzeiten zubereiten | <input type="checkbox"/> Essen anreichen |
| <input type="checkbox"/> Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> Bügeln | <input type="checkbox"/> Putzen | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Toilettengang |
| <input type="checkbox"/> Betten und Lagern | <input type="checkbox"/> Spaziergänge | <input type="checkbox"/> Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme | |
| An- und Auskleiden: | <input type="checkbox"/> unterstützen | <input type="checkbox"/> übernehmen | |
| Körperpflege: | <input type="checkbox"/> unterstützen | <input type="checkbox"/> übernehmen | |
| Inkontinenzversorgung: | <input type="checkbox"/> unterstützen | <input type="checkbox"/> übernehmen | |

Sonstige Tätigkeiten: _____

Ist die Nachtruhe gestört?

- nein gelegentlich jede Nacht, wie oft: _____

Angaben zu den Wohnverhältnissen der pflegebedürftigen Person

- Einfamilienhaus Zweifamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig eingetragen haben, und dass Sie zu Weiterleitung der Daten eine Einwilligung der pflegebedürftigen Person/en besitzen. Dieser Fragebogen ist bei Vertragsabschluss Bestandteil des Vertrages. Ihre personenbezogenen Angaben werden von uns zweckgebunden und vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

Datum und Unterschrift