

## Bedarfsfragebogen

Bitte füllen Sie den Bedarfsfragebogen aus und senden uns diesen per E-Mail an: [info@prosanias.de](mailto:info@prosanias.de)  
Bei Fragen rufen Sie uns bitte an: 089/44372812

### 1. Angaben zur Kontaktperson (Ansprechpartner)

Vorname \_\_\_\_\_  
Nachname \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ /Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur zu betreuenden Person (Leistungsempfänger)

Geplanter Beginn/Dauer \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Nachname \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ /Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Größe \_\_\_\_\_  
Gewicht \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Wohnt die Person alleine im Haushalt?  ja  nein  
Muss eine weitere Person im Haushalt betreut werden?  ja  nein

### 3. Allgemeine Fragen

Pflegestufe \_\_\_\_\_  
Ambulanter Pflegedienst? \_\_\_\_\_  
Wie oft täglich? \_\_\_\_\_  
Soll der Pflegedienst auch weiterhin kommen?  ja  nein

Welche Diagnosen sind bekannt?

- |                                                     |                                              |                                            |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Dekubitus           | <input type="checkbox"/> Inkontinenz       |
| <input type="checkbox"/> Allergien                  | <input type="checkbox"/> Depressionen        | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                  | <input type="checkbox"/> Diabetes            | <input type="checkbox"/> Osteoporose       |
| <input type="checkbox"/> Asthma                     | <input type="checkbox"/> Diabetes (Insulin)  | <input type="checkbox"/> Parkinson         |
| <input type="checkbox"/> chronischer Durchfall      | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt         | <input type="checkbox"/> Rheuma            |
| <input type="checkbox"/> Demenz (Anfang)            | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall      |
| <input type="checkbox"/> Demenz                     | <input type="checkbox"/> Hypertonie          | <input type="checkbox"/> Stoma             |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____             |                                              |                                            |

Hat die Person ansteckende Krankheiten?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

#### 4. Pflegeanamnese

##### 4.1 Kommunikation und Orientierung

<b>Kommunikation</b>	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Orientierung</b>			
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel</b>	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Sonstige

Bemerkung: \_\_\_\_\_

#### 4.2 Motorische Einschränkungen

---

Ist die zu betreuende Person bettlägerig?  ja  nein

Sitzt die zu betreuende Person im Rollstuhl?  ja  nein

Benötigt die zu betreuenden Person Hilfe beim Transfer vom Bett zum Rollstuhl?  ja  nein

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Bewegung im Allgemeinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel</b>	<input type="checkbox"/> Stock	<input type="checkbox"/> Nachtstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator
	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Dekubitus Matratze	<input type="checkbox"/> Treppenlift
	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Badewannenlift	<input type="checkbox"/> Sonstige

Bemerkung:

---

#### 4.3 Körperpflege

---

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung:

---

#### 4.4 Nahrungsaufnahme

---

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung:	<hr/>		

#### 4.5 Ausscheiden

---

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Urinkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel</b>	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> Urinflasche
	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Sonstige
Bemerkung:	<hr/>		

#### 4.6 An- und Ausziehen

---

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung:	<hr/>		

#### 4.7 Schlafen

---

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung:

Nimmt die zu betreuende Person Medikamente?  ja  nein

Wie oft wacht die Person in der Nacht auf und warum?

---

#### 4.8 Beschäftigung und Hobbies

---

Befindet sich die zu betreuende Person in einer Therapie?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Welche Hobbys hat die zu betreuende Person?

---

#### 4.9 Wesen und Charakter

---

Bitte beschreiben Sie das Wesen und den Charakter der zu betreuenden Person (offen, bestimmend, schüchtern, aggressiv):

---

---

## 5. Wohnsituation

---

Kann der Betreuungskraft ein eigenes Zimmer zur Verfügung gestellt werden?  ja  nein

Wohnort?  Großstadt  Kleinstadt  Dorf

Wo wohnt die zu betreuende Person?  Wohnung  Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus

Welche Personen wohnen noch im Haushalt?

Raucherhaushalt?  ja  nein

Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe?

---

Zimmerausstattung der Betreuungskraft  Bett  Tisch  Schrank

Radio  eigenes Bad  TV

Internet  Computer  Sonstige

Bemerkung:

---

## 6. Angaben zur Betreuungskraft

---

Alter der Pflegekraft  20-35 J.  35 – 50 J.  Älter 50 J.  irrelevant

Geschlecht der Betreuungskraft  männlich  weiblich

Führerschein  ja  nein

### Welche Aufgaben soll die Betreuungskraft ausführen?

#### Hauswirtschaftliche Versorgung

---

- |                                                                           |                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einkaufen                                        | <input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung                                         |
| <input type="checkbox"/> Spülen, auch Ein- und Ausräumen der Spülmaschine | <input type="checkbox"/> Waschen und Wechseln der Wäsche sowie Kleidung und Bettwäsche |
| <input type="checkbox"/> Kochen und Zubereiten von Speisen                | <input type="checkbox"/> Pflege der Zimmerpflanzen                                     |
| <input type="checkbox"/> Versorgung von Haustieren                        | <input type="checkbox"/> Begleitung bei Aktivitäten/Besorgungen                        |

Bemerkung:

---

#### Körperpflege

---

- |                                                                |                                                          |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Waschen, Baden, Duschen (Intimpflege) | <input type="checkbox"/> Mund-, Zahn-, und Lippenpflege  |
| <input type="checkbox"/> Hautpflege (Eincremen, Rasieren)      | <input type="checkbox"/> Haarpflege                      |
| <input type="checkbox"/> Nagelpflege                           | <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden              |
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Ausscheidung            | <input type="checkbox"/> Wechsel von Inkontinenzmaterial |

Bemerkung:

---

#### Mobilität

---

- |                                                                              |                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unterstützung beim Gehen, Stehen und Treppensteigen | <input type="checkbox"/> Lagern/Mobilisieren                         |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen und zu Bett gehen                         | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Verlassen der Wohnung/des Hauses |

**Welche Deutschkenntnisse soll Ihre 24h Pflege- und Betreuungskraft aufweisen?**

- sehr gute**
  - Ihre Pflege- und Betreuungskraft kann komplizierte Sätze bauen und anspruchsvolle Texte und Gespräche verstehen.
  - Sie kann sich spontan und fließend ausdrücken.
  
- gute**
  - Ihre Pflege- und Betreuungskraft kann praktisch alles, was sie liest oder hört, mühelos verstehen.
  - Sie kann sich spontan und genau ausdrücken.
  
- befriedigende**
  - Ihre Pflege- und Betreuungskraft kann sich spontan in routinemäßigen Situationen verständigen, sodass ein normales Gespräch möglich ist.
  
- ausreichende**
  - Ihre Pflege- und Betreuungskraft kann sich in bekannten Situationen mit einfachen Worten und Sätzen verständigen, wenn man deutlich mit ihr spricht.
  - Sie kann einfache Fragen mit Worten und einfachen Sätzen beantworten.
  
- geringe**
  - Ihre Pflege- und Betreuungskraft kann sich in bekannten Situationen mit einfachen Worten verständigen, wenn man langsam und deutlich mit ihr spricht.
  - Sie kann einfache Fragen mit einzelnen Worten beantworten.

Bemerkung:

---



**Wieviel Erfahrung soll die Betreuungskraft in der 24h Pflege aufweisen können?**

- ausreichend** - die Betreuungskraft hat Erfahrung in der Pflege und Betreuung von Senioren. Zudem konnte sie bereits Erfahrung in der 24h Pflege und Betreuung in Deutschland sammeln.
  
- viel** - die Betreuungskraft hat bereits viel Erfahrung in der Pflege und Betreuung von Senioren. Zusätzlich kann sie viel Erfahrung in der 24h Pflege und Betreuung in Deutschland aufweisen.

Bemerkung:

---

Was ist Ihnen für die Betreuung am wichtigsten?

---

---

---

Ihre hier gemachten Angaben werden von uns vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten gespeichert und maschinell verarbeitet werden. Weiterhin versichere ich, dass die persönlichen Daten korrekt und vollständig sind. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen. Richten Sie bitte den Widerspruch an: Prosania Pflegevermittlung UG, Leo-Graetz-Straße 1, 81379 München.

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift Kunde**

---