

Bitte senden Sie den ausgefüllten Erfassungsbogen

per E-Mail an: info@pflege-zuhause-lutz.de

per Fax an: 0711 – 34 18 17 91

per Post an: Pflege zu Hause Lutz, Hauptstr. 65/1, 70771 Leinfelden-Echterdingen

Fragebogen zur Bedarfsanalyse

Persönliche Angaben

Beginn der Leistung:

Fixtermin circa-Angabe

Angaben zur betreuenden Person

Vorname

Nachname

Straße und Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer

Mobilnummer

Geburtsdatum

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Lebt die zu betreuende Person alleine?

Ja Nein

Mit wem lebt die zu betreuende Person zusammen?

Benötigt die zweite Person auch Unterstützung?

Ja Nein

Angaben zur Kontaktperson

Vorname

Nachname

Straße und Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Beziehungsebene zur zu betreuenden Person?

Ehepartner/in Tochter/Sohn Enkel/in Gesetzl. Betreuer/in Andere

Fragen zu den gesundheitlichen Einschränkungen

Diagnosen

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> COPD |

Sonstige Diagnosen

Einschränkungen in der Kommunikation

- | | | | |
|--------------------|--|---|----------------------------------|
| Sprache | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive |
| Hörvermögen | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive |
| Sehkraft | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive |
| Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Trägt eine Brille | <input type="checkbox"/> Hat ein Hörgerät | |

Anmerkungen

Einschränkungen in der Orientierung

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Zeitliche | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |
| Örtliche | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |
| Persönliche | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |
| Situative | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |
| Bewusstsein,
Gedächtnis | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |
| Auswahl der Kleidung | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |

Anmerkungen

Mobilität generell

Selbständig Leicht gehbehindert Rollator Rollstuhl Bettlägrig

Treppensteigen

Selbständig mit Unterstützung nicht möglich

Mobilität – Bett/Rollstuhl/Bett

Selbständig
 Mit Unterstützung
 Komplett hilfsbedürftig
 Bettlägrig (kein Transfer)

Vorhandene Hilfsmittel

Rollator
 Rollstuhl
 Dekubitus-Matratze
 Lift
 Pflegebett

Andere Hilfsmittel**Urinkontrolle**

kontinent
 teilweise kontinent
 inkontinent

Hilfsmittel

Windeln
 Vorlagen
 Urinflasche
 Katheder
 Suprapubischer Katheder

Stuhlkontrolle

kontinent
 teilweise kontinent
 inkontinent

An-/Auskleiden

selbständig mit Hilfe komplett Hilfsbedürftig

Körperpflege

	selbstständig	teilw. unselbstständig	unselbstständig
Waschen am Waschbecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahn-/Prothesepflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege nach Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagel-/Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nahrungsaufnahme

Probleme beim Essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kau-/Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	<input type="text"/>	
PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diätvorschriften	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Diäten?	<input type="text"/>	
Probleme beim Trinken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trinkmenge	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> braucht Anregung
Anmerkungen	<input type="text"/>	

Nachtruhe

von ca. Uhr bis ca. Uhr

Schläft durch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn nein, steht wie häufig nachts auf?	<input type="checkbox"/> 1 Mal	<input type="checkbox"/> 2-3 Mal	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Mal
Wenn nein, benötigt Unterstützung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Werden Schlafmittel eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anmerkungen	<input type="text"/>		

Wesen und Charakter des Patienten

Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

Geschlecht	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann
Sprachkenntnisse	<input type="checkbox"/> keine Präferenz		
	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> gute
Führerschein	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> ja, mit Fahrpraxis	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Auto vorhanden	<input type="checkbox"/> Schaltgetriebe	<input type="checkbox"/> Automatikgetriebe	
Marke/Modell	<input type="text"/>		

Raucher/in keine Präferenz, (geraucht wird grundsätzlich im Außenbereich) ja nein (Raucher nicht erwünscht)

Wenn ja, handelt es sich um einen Raucherhaushalt?

 ja nein**Haustierversorgung**

Sollen Haustiere mitversorgt werden?

 ja nein

Um welche Tiere handelt es sich?

Wohnsituation der zu betreuenden Person**Wohnlage** Stadt - zentral Stadt - abgelegen Dorf ländlich**Wohnart** Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung Sonstige**Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.:** unter 15 min. unter 30 min. mehr als 30 min.

Anmerkungen

Zusätzliche Ausstattung des Zimmers (Bett und Kleiderschrank und Bad-Mitbenutzung sind vorausgesetzt) eigenes Bad TV Internet/WLAN Internet-Stick

Anmerkungen

Tagesstruktur

Morgens:

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

Ist aktuell ein Pflegedienst beauftragt?

ja

nein

Wenn ja, wie oft kommt dieser?

Wird dieser Pflegedienst auch weiterhin kommen?

ja

nein

Zum Schluss freuen wir uns auf einen Hinweis, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind?

Arzt

Pflegedienst

Pflegeberatung

Freunde/Bekannte

Internet

Suchmaschine

Zeitung

Ratgeber

Andere

Name des Empfehlenden (wenn eine Empfehlung durch Arzt, Pflegedienst oder Pflegeberatung erfolgte):

Unterschrift:

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass Pflege zu Hause Lutz die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, einzusehen unter: <https://www.pflege-zuhause-lutz.de/datenschutzerklaerung/>

Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von Pflege zu Hause Lutz kontaktiert zu werden.

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift/Signatur (Vor- und Nachname)

Abschließende Bemerkungen / Pflegegrad: