

MD SOLUTIONS – Fragebogen zur Bedarfsanalyse

Leistungsbeginn

Leistungsbeginn:

Verbindlich: ☐Ja ☐Nein

Persönliche Angaben zur betreuenden Person

Geschlecht: ☐Frau ☐Herr

Nachname: Vorname:

Straße und Nummer: Zusatz:

Postleitzahl: Ort:

Telefonnummer: Mobilnummer:

Geburtsdatum: Geburtsland:

Größe (cm): Gewicht (kg):

Lebt die Person allein im Haushalt? ☐Ja ☐Nein

Mit wem lebt die Person zusammen:

Benötigt diese Person auch Unterstützung? ☐Ja ☐Nein

Bereiche: ☐Haushalt ☐Alltag ☐Mobilität ☐Transfer ☐Grundpflege

Sonstiges:

Angaben zur Kontaktperson

Geschlecht: ☐Frau ☐Herr

Nachname: Vorname:

Straße und Nummer:

Zusatz:

Postleitzahl:

Ort:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

E-Mail Adresse:

Beziehungsgrad: ☐ Ehepartner/in ☐ Tochter/Sohn ☐ Enkel/in ☐ gesetzl. Betreuer/in

Diagnosen

☐ Allergien

☐ Alzheimer

☐ Asthma

☐ COPD

☐ Dekubitus

☐ Depressionen

☐ Demenz (beginnend)

☐ Demenz

☐ Durchfälle (chronisch)

☐ Gehschwäche

☐ Diabetes

☐ Diabetes (insulinpflichtig)

☐ Herzrhythmusstörung

☐ Herzinfarkt

☐ Herzinsuffizienz

☐ Hypertonie

☐ Inkontinenz

☐ Multiple Sklerose

☐ Osteoporose

☐ Parkinson

☐ Rheuma

☐ Schlaganfall

☐ Stoma

☐ Tumor

Weitere Diagnosen:

Anmerkungen zur Diagnose:

Einschränkungen Kommunikation

Sprache: ☐keine ☐teilweise ☐intensiv

Sehkraft: ☐keine ☐teilweise ☐intensiv

Hörvermögen: ☐keine ☐teilweise ☐intensiv

Hilfsmittel: ☐Brille ☐Hörgerät

Anmerkungen:

Einschränkungen Orientierung

Zeitliche: ☐keine ☐gelegentlich ☐intensiv

Örtliche: ☐keine ☐gelegentlich ☐intensiv

Persönliche: ☐keine ☐gelegentlich ☐intensiv

Situative: ☐keine ☐gelegentlich ☐intensiv

Bewusstsein: ☐keine ☐gelegentlich ☐intensiv

Kleidung Auswahl: ☐keine ☐gelegentlich ☐intensiv

Anmerkungen:

Motorische Einschränkungen – Skala 1-6 (1 = selbstständig, 6 = unselbstständig)

Aufstehen aus Liegeposition: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Aufstehen aus Sitzposition: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Stehen: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Gehen: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Umgang mit Gehhilfen: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Umgang mit Rollstuhl: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Transfer (umsetzen): 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Lagern im Bett (umdrehen): 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Anmerkungen:

Hilfsmittel

☐Badewannenlifter

☐Dekubitusmatratze

☐Duschstuhl

☐Gehstock

☐Patientenlifter

☐Pflegebett

☐Rollator

☐Rollstuhl

☐Toiletten-Sitzerhöhung

☐Toilettenstuhl

☐Treppenlift

Anmerkungen:

Körperpflege

Waschen am Waschbecken: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Waschen im Bett: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Mund-/Zahn-/Prothesenpflege: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Intimpflege: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Haarpflege: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Rasieren: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Hautpflege: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Nagel-/Fußpflege: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Baden/Duschen: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Anzahl Baden/Duschen:

Anmerkungen:

Ausscheidungen

Harninkontinenz: ☐nein ☐gelegentlich ☐immer

Stuhlinkontinenz: ☐nein ☐gelegentlich ☐immer

Hilfsmittel: ☐Katheter ☐suprapubischer Katheter ☐Vorlagen ☐Windeln ☐Urinflasche ☐
Sonstige

Anmerkungen:

Nahrungsaufnahme

Probleme beim Essen: ☐ja ☐nein

Kau-/Schluckstörungen: ☐ja ☐nein

Wenn ja, welche:

PEG-Sonde: ☐ja ☐nein

Diätvorschriften: ☐ja ☐nein

Wenn ja, welche:

Probleme beim Trinken: ☐ja ☐nein Trinkmenge: ☐normal ☐erfordert Anregung

Anmerkungen:

Nachtruhe

Zeiten der Nachtruhe von/bis:

Durchschlafen? ☐nein ☐gelegentlich ☐ja

Wie oft wach: ☐1x ☐2-3x ☐3+x

Unterstützung nötig? ☐nein ☐gelegentlich ☐ja

Schlafmittel? ☐nein ☐gelegentlich ☐ja

Anmerkungen:

Aktuelle Therapien

Therapie aktiv: ☐nein ☐ja

Wenn ja, welche:

Sonstige Therapien:

Freizeit und soziale Aktivitäten

Tagesgestaltung: ☐selbstständig ☐mit Anleitung ☐unselbstständig

Kann sich beschäftigen: ☐selbstständig ☐mit Anleitung ☐unselbstständig

Ehemals ausgeübter Beruf:

Interessen:

Außenaktivitäten:

Angaben spezieller Tätigkeiten/Regelmäßigkeiten in der Tagesgestaltung:

Wesen & Charakter:

Medikamenteneinnahme

Einnahme: ☐selbstständig ☐unter Aufsicht ☐unselbstständig

Ansteckende Krankheiten

☐ja ☐Nein ☐unbekannt

Wenn ja, welche:

Pflegebedarf

Pflegegrad: ☐keine ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Erst-/Höherstufung beantragt: ☐keine ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Pflegedienst gewünscht?: ☐Ja ☐Nein ☐unbekannt

Wenn ja, welche Tätigkeit soll vom Pflegedienst übernommen werden?

In welchem Intervall soll der Pflegedienst kommen?

Tagespflege genutzt? ☐Ja ☐Nein

Wenn ja, wie oft:

Sonstige Hilfe durch Dritte:

Hauswirtschaftliche Leistung

Zusätzliche Haushaltshilfe aktiv? ☐Ja ☐Nein

Wie oft / Umfang:

Aufgabenbereiche

Einkaufen: ☐immer ☐bei Bedarf ☐nie

Kochen: ☐immer ☐bei Bedarf ☐nie

Abwaschen: ☐immer ☐bei Bedarf ☐nie

Wäsche waschen: ☐immer ☐bei Bedarf ☐nie

Bügeln: ☐immer ☐bei Bedarf ☐nie

Reinigung Haushalt: ☐immer ☐bei Bedarf ☐nie

Arztbegleitung: ☐immer ☐bei Bedarf ☐nie

Weitere Tätigkeiten:

Haustiere

Sind Haustiere im Haushalt? ☐Nein ☐Ja

Sollen Haustiere mitversorgt werden? ☐Nein ☐Ja

Welche Haustiere:

Wohnsituation

Wohnlage: ☐Stadt-zentral ☐Randgebiet ☐Stadterweitert/Umkreis ☐ländlich

Wohnart: ☐EFH ☐MFH ☐Wohnung ☐Sonstige

Einkaufsmöglichkeiten – Minuten Fußweg:

Ausstattung des Zimmers

☐Eigenes Bad ☐TV/Sat ☐Internet/WLAN ☐Internet Stick

Anmerkungen:

Telefonnutzung

☐Festnetz ☐Countryflat ☐Betreuerhandy ☐Internettelefonie

Anmerkungen:

Anforderungen an Betreuungskraft

Geschlecht: ☐keine Präferenz ☐weiblich ☐männlich

Sprachkenntnisse: ☐gering ☐mittlere ☐gute

Führerschein: ☐keine Präferenz ☐Ja ☐Nein

Getriebe: ☐Automatik ☐Schaltung

PKW Karosserie: ☐Limousine ☐Kombi ☐Coupe

Alter: ☐keine Präferenz ☐20–30 ☐30–40 ☐40–50 ☐älter 50

Raucher/in: ☐keine Präferenz ☐Ja ☐Nein