

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Demenz (beginnend) | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Durchfälle (chronisch) | <input type="checkbox"/> Gehschwäche |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> 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-/Protesenpflege: 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