

Anleitung zum Ausfüllen des Bedarfsfragebogens

Um unabhängig von verschiedenen Browsern und den jeweiligen Versionen zu sein, füllen Sie diese Bedarfsanalyse bitte erst nach dem Download aus. Damit stellen wir sicher, dass keine Informationen verloren gehen und wir Ihre Anfrage schnellstmöglich bearbeiten können.



- **Bitte speichern Sie dieses PDF zunächst auf Ihrem Rechner!**
- Anschließend können Sie das PDF öffnen und in jedem gängigen Reader-Programm (z. B. Adobe Acrobat) bearbeiten und abspeichern.
- Damit wir all Ihre Informationen bekommen, schicken Sie uns den Fragebogen gerne als PDF per E-Mail zu.
Ihr Kontakt: g.ziegler@Volkspflege24.eu oder info@Volkspflege24.eu

Falls Sie Rückfragen haben oder etwas nicht funktioniert, melden Sie sich gerne telefonisch unter "+49" 0621-87754567 oder "+49" 01579-2347614.

Vielen Dank und beste Grüße,
Ihr Team von Volkspflege24



Ihr/e Ansprechpartner/in für Rückfragen:

Name

Kontakt

 SENIOR 24 CARE EUROPE
Friedrichstr. 114A
10117 Berlin

 +49 30-62937804
+49 621-87754567
+49 1579/ 2347614

 info@volkspflege.eu
www.volkspflege24.de

Bedarfsfragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen unbedingt wahrheitsgemäß aus.

Zum Ausfüllen,
herunterladen!

Persönliche Daten unserer Kontaktperson:		
Anrede: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Titel: <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> Dr.		
Name:	Vorname:	
Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon:	Mobil:	E-Mail:
Beziehung bzw. Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person:		

Wer braucht Hilfe:		
Bei mehreren pflegebedürftigen Personen bitte für jede ein separates Formular ausfüllen.		
Anrede: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Titel: <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> Dr.		
Name:	Vorname:	
Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon:	Mobil:	
Geburtsdatum:	Größe:	Gewicht:

Welcher Pflegegrad liegt vor?
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Welche Krankheiten/Einschränkungen liegen vor?		
<input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> leichte Demenz <input type="checkbox"/> mittlere Demenz <input type="checkbox"/> schwere Demenz	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gehschwäche <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang <input type="checkbox"/> Makula-Degeneration <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Schlaganfall
Sonstige:		

Wie mobil ist die pflegebedürftige Person aktuell?
<input type="checkbox"/> Kann sich eigenständig, ohne Hilfe fortbewegen <input type="checkbox"/> Kann mit Hilfe gehen <input type="checkbox"/> Geht mit Rollator/Gehstock <input type="checkbox"/> Benutzt einen Rollstuhl <input type="checkbox"/> Überwiegend bettlägerig <input type="checkbox"/> Komplette bettlägerig

Benötigt die Pflegeperson Hilfe beim Aufstehen?	
<input type="checkbox"/> Kann ohne Hilfe aufstehen <input type="checkbox"/> Braucht teilweise Unterstützung beim Aufstehen <input type="checkbox"/> Braucht leichte Unterstützung beim Aufstehen <input type="checkbox"/> Ist komplett hilfsbedürftig	Ergänzungen:



ALTENPFLEGE



Welche Hilfsmittel stehen zur Verfügung?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Patientenlifter |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Gehstock |
| <input type="checkbox"/> Badewannenlift | <input type="checkbox"/> Hörgeräte |
| <input type="checkbox"/> Duschstuhl | <input type="checkbox"/> Sehhilfen |

Sonstige:

Liegt eine Inkontinenz vor?

- Ja Nein Teilweise Sonstiges:

Welche Hilfsmittel werden hierfür verwendet?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> Urinflasche |
| <input type="checkbox"/> Einlagen | <input type="checkbox"/> Windeln |
| <input type="checkbox"/> Stoma | |

Sonstige:

Ist eine Sozialstation/Nachbarschaftshilfe o. Ä. beauftragt?

- Ja Nein Teilweise Sonstige:

Welche Aufgaben der Grundpflege soll die Betreuungskraft übernehmen?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Anziehen | <input type="checkbox"/> Eincremen | <input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung |
| <input type="checkbox"/> Ausziehen | <input type="checkbox"/> Fußpflege | <input type="checkbox"/> Intimpflege |
| <input type="checkbox"/> Baden | <input type="checkbox"/> Handpflege | <input type="checkbox"/> Kämmen |
| <input type="checkbox"/> Duschen | | <input type="checkbox"/> Rasieren |

Sonstiges:

Braucht die pflegebedürftige Person nachts Unterstützung?

- Keine Unterstützung erforderlich
 Selten
 1x pro Nacht
 2-3x pro Nacht
 Öfter als 3x pro Nacht

Wie viele Personen leben im Haushalt?

- Nur die pflegebedürftige Person 2 3 4 ____

Wie viele Personen sind pflegebedürftig?

- 1 2 3 ____

Welche Leidenschaften und Hobbys hat die pflegebedürftige Person? (bspw. spazieren gehen, Gesellschaftsspiele, Garten etc.)

Ihre Anforderungen an die Betreuungskraft:

Welches Geschlecht soll die Betreuungskraft haben?

- Männlich Weiblich Egal

Soll die Betreuungskraft einen Führerschein besitzen?

- Ja Nein Egal

Darf die Betreuungskraft draußen rauchen?

- Ja Nein Ungern Egal

Welche Aufgaben soll die Betreuungskraft übernehmen?

- | | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Begleitung zu Terminen (Arztbesuch, Friseurbesuch etc.) | <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Gemeinsam Spiele spielen | <input type="checkbox"/> Ansprechpartner/in sein | <input type="checkbox"/> Reinigungsarbeiten | |
| <input type="checkbox"/> Die Pflegeperson mobilisieren und motivieren | <input type="checkbox"/> Gesellschaft leisten | <input type="checkbox"/> Leichte Gartenarbeiten (z. B. Blumen gießen) | |
| <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Ausflüge unternehmen | <input type="checkbox"/> Tiere versorgen | |
| | <input type="checkbox"/> Auto fahren | | |

Wie ist das Zimmer der Betreuungskraft ausgestattet?

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> Eigenes Bad | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Balkon | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Couch/Sofa | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsbadezimmer | <input type="checkbox"/> WLAN | <input type="checkbox"/> Tisch | |
| | | <input type="checkbox"/> Fernseher | <input type="checkbox"/> Kleiderschrank | |

Über welche Deutschkenntnisse soll die Betreuungskraft verfügen?

- Geringe Deutschkenntnisse Mittlere Deutschkenntnisse
 Gute Deutschkenntnisse Keine Deutschkenntnisse

Wann soll die Betreuungskraft anreisen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Anzeige | <input type="checkbox"/> Sonstige: |
| <input type="checkbox"/> Private Empfehlung | <input type="checkbox"/> Social Media (Youtube, Facebook etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Flyer | <input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtung | |

Was sollten wir noch wissen?

Datenschutz

Hiermit willige ich die Erhebung und die Verarbeitung meiner personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten durch die Firma Volkspflege ein zum Zwecke der Vermittlung von Dienstleistungsverträgen über die Erbringung von Betreuungsdienstleistungen im häuslichen Umfeld. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben in diesem Fragebogen.

