

ActioVita GmbH

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Bitte in Druckschrift ausfüllen !

Kontaktdaten

Name der Kontaktperson _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

E-Mail – Adresse _____

Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson: _____

Name des Patienten _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Größe _____ / Gewicht _____

Wohnt der Patient alleine? _____

Pflegestufe Keine 1. 2. 3.

Beantragt: 1. 2. 3.

Pflegedienst Erfolgt z. Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst: ja nein

Wenn ja, soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch
genommen werden: ja nein

Wie oft täglich: _____

ActioVita GmbH

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst: _____

Diagnosen/ Beeinträchtigungen

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | | |
| <input type="checkbox"/> Tumor/ Krebserkrankungen: | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall, Beeinträchtigungen: | _____ | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergien: | _____ | |

Kommunikation möglich?

- | | | | |
|------------------------|------------------------------|------------------------------------|--|
| Sprache | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht möglich |
| Hörvermögen | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| Sehkraft | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| Hilfsmittel vorhanden? | Hörgerät | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | Brille | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Orientierung vorhanden?

- | | | | |
|------------|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Zeitlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| Örtlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| Persönlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |

Bewegung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung |
| <input type="checkbox"/> überwiegend im Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Bettlägerig |
| Hilfsmittel vorhanden? | <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen |

ActioVita GmbH

Transfer Bett/ Rollstuhl Selbstständig hilft mit komplett hilfsbedürftig
 Hilfsmittel vorhanden? Pflegebett Lift Dekubitusmatratze

Treppensteigen Selbstständig mit Unterstützung nicht möglich
 Hilfsmittel vorhanden? _____

<u>Körperpflege</u>	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterst.
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/ Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß/ Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen/ waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Baden/ Duschen Selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig
 Wöchentlich Täglich

Urinkontrolle kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts)
 inkontinent
 Hilfsmittel vorhanden? Windeln Vorlagen Urinflasche
 Katheter Bettpfanne
 suprapubischen Katheter

Stuhlkontrolle kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts)
 inkontinent
 Hilfsmittel vorhanden? Bettpfanne Anus Praeter Windeln

An-/ auskleiden Selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

ActioVita GmbH

Essen/ Trinken

- Selbstständig braucht Hilfe z. B. beim Schneiden
 komplett hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen

- Keine hat Störungen PEG Sonde
 Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät

- Keine
 Ja (welche): _____

Ein-/ Durchschlafen

- Keine Probleme Sporadisch Schlaf-/Wachrhythmus gestört

Steht der Patient nachts auf? nein 1 Mal 2 - 3 Mal mehr als 3 Mal
Bekommt er/ sie Schlafmittel? Ja Nein

Aktuelle Therapien

- keine Krankengymnastik Logopädie
 Sonstige: _____

Wie ist der Patient von Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung)

(Hobbys, Tagesablauf, Rituale (Aufstehen Zubettgehen), Sonstiges, Individuelle Hilfestellung)

ActioVita GmbH

Anforderungen und Rahmenbedingungen an die Betreuungskräfte

Geschlecht

Frau Mann egal

qualifizierte Fachkraft Betreuerin/ Hauswirtschaftskraft

Alter

20 - 30 Jahre 30 - 40 Jahre
 40 - 50 Jahre älter als 50 Jahre
 egal

Sprachkenntnisse

1 (sehr gut) 2 (gut) 3 (befriedigend)
 4 (ausreichend) 5 (schwach)

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an unsere Mitarbeiterin?

(Charakter, Eigenschaften, Körperliche Belastbarkeit)

Rahmenbedingungen

Lage

Großstadt - zentral Großstadt – abgelegen
 Kleinstadt Dorf Ländlich

Wohnsituation

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung
m²: _____

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß)

ca. 10 min. ca. 20 min. ca. 40 min.
 1 Stunde länger als 1 Stunde

Ausstattung des Zimmers für den/die Mitarbeiter/in

eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV

Anmerkungen: _____

Arbeitspensum und Freizeitregelung

Einsatzzeit

ca. 6 Std. Betreuung/Tag ca. 8 Std. Betreuung/Tag
 ca. 10 Std. Betreuung/Tag

Nachteinsätze

nein ab und zu häufig jede Nacht

ActioVita GmbH

Freizeit

- 2 Stunden pro Tag ½ -1 Tag pro Woche
 nach Absprache

Dauer des Einsatzes

- 1-2 Monate 3 - 12 Monate 3 Monate und länger

Geplanter Beginn des Einsatzes:

Zusätzliche Voraussetzungen

Haustiere

- Keine ja, welche: _____
Sollen die Haustiere mitversorgt werden? ja nach Bedarf nein

Kochen/ Essenvorbereitung

- immer gelegentlich nein

Waschen

- immer gelegentlich nein

Bügeln

- immer gelegentlich nein

Begleitung bei Arztbesuchen?

- immer gelegentlich nein

Gibt es eine Haushaltshilfe?

- nein ja

Wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz? _____

Welche weitere Hilfe/Hilfen benötigt der Patient im Haushalt?

Was ist Ihnen außerdem noch wichtig? : _____

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen

per Fax:

06471-94072

per Post:

**ActioVITA GmbH
Viehweg 15
35781 Weilburg**

per eMail (zunächst scannen):

info@actiovita.de