

Pflegehilfe Bayern legal & regional

Fragebogen zur Beurteilung der Pflegesituation



1. Allgemeine Angaben:

Zur Kontaktperson:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Zum Pflegebedürftigen:

Name, Vorname:

Geb.datum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Größe

Gewicht:

Krankenversicherung:

Pflegegrad: seit wann mind. Pflegegrad 2:

Verhinderungs- u. Kurzzeitpflege (letzte 5 Jahre) genutzt: ☐ ja ☐ nein

Leben weitere Personen im Haushalt?: ☐ ja (☐ Ehepartner / ☐ Kind) ☐ nein

Patientenverfügung & Vorsorgevollmacht ausgestellt auf:

Vertragspartner Dienstleistungsvertrag

Diagnosen des Pflegebedürftigen:

☐ Schlaganfall ☐ Demenz ☐ Asthma ☐ Rheuma ☐ Dialyse

☐ Multiple Sklerose ☐ Arthrose ☐ Bluthochdruck ☐ Parkinson

☐ Dekubitus ☐ Diabetes ☐ Krebs (Art:)

Probleme bei ☐ Hören ☐ Sehen ☐ Sprechen

Rauchergewohnheiten: ☐ ja ☐ nein

Personenbezogene Orientierung:

☐ Nicht eingeschränkt ☐ Leicht eingeschränkt ☐ Stark eingeschränkt ☐ Nicht möglich

Örtliche Orientierung:

☐ Nicht eingeschränkt ☐ Leicht eingeschränkt ☐ Stark eingeschränkt ☐ Nicht möglich

Zeitliche Orientierung:

☐ Nicht eingeschränkt ☐ Leicht eingeschränkt ☐ Stark eingeschränkt ☐ Nicht möglich

Mentaler Zustand:

☐ aggressiv ☐ Weglauftendenz

Mobilität

Gehen ☐ eigenständig ☐ mit Hilfe ☐ Rollstuhlfahrer ☐ bettlägrig

Sturzrisiko: ☐ ja ☐ nein

Transfer: ☐ eigenständig ☐ mit Unterstützung ☐ unfähig

Ist eine Aufstehhilfe/Bettlifter vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Eigenbewegung im Bett: ☐ eigenständig ☐ mit Unterstützung

Inkontinenz

☐ Harninkontinenz ☐ Stuhlinkontinenz ☐ Urinkatheter ☐ Stoma

☐ Wechsel von Windeln ☐ Wechsel von Einlagen

Toilettengang: ☐ eigenständig ☐ mit Unterstützung ☐ unfähig

Körperhygiene:

☐ eigenständig ☐ mit Unterstützung

Nagelpflege (Finger): ☐ eigenständig ☐ mit Unterstützung

Essen

Nahrungsaufnahme: ☐ eigenständig ☐ mit Unterstützung

Trinken: ☐ eigenständig ☐ Erinnerung ☐ mit Unterstützung

Allergien: ☐ ja (welche:) ☐ nein

Diät / Ernährungsplan:

Kau- und Schluckbeschwerden: ☐ ja ☐ nein

PEG-Sonde: ☐ ja ☐ nein

Nachteinsätze: ☐ nein ☐ selten ☐ 1x / Nacht ☐ 2x / Nacht ☐ > 2x / Nacht

Allgemeine Fragen

Ist ein WLAN im Haus vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Bei Demenz

Nächtliche Unruhe: ☐ ja ☐ nein wenn ja, wie oft ca.? _____

Nächste Einkaufsmöglichkeit: ☐ zu Fuß ☐ mit Bus ☐ Einkauf übernimmt Familie

Haushaltsgeld:

Gibt es irgendwelche Besonderheiten am Haus (z.B. Holzofen zum Kochen/Heizen, Haustiere)?

Externe Dienstleistungen

- ☐ Pflegedienst ☐ Nachbarschaftshilfe ☐ Podologe / Medizinische Fußpflege
- ☐ Facharzt ☐ Tagespflege (Anzahl Tage: _____) ☐ Ergotherapeut
- ☐ Hausarzt ☐ Physiotherapeut ☐ Reinigungsservice

Zweite zu betreuende Person

Name, Vorname:

Geb.datum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Größe

Gewicht:

Krankenversicherung:

Pflegegrad: _____ seit wann mind. Pflegegrad 2: _____

Verhinderungs- u. Kurzzeitpflege (letzte 5 Jahre) genutzt: ☐ ja ☐ nein

Patientenverfügung & Vorsorgevollmacht ausgestellt auf:

Diagnosen des Pflegebedürftigen:

- ☐ Schlaganfall ☐ Demenz ☐ Asthma ☐ Rheuma ☐ Dialyse
- ☐ Multiple Sklerose ☐ Arthrose ☐ Bluthochdruck ☐ Parkinson
- ☐ Dekubitus ☐ Diabetes ☐ Krebs (Art: _____)

Probleme bei ☐ Hören ☐ Sehen ☐ Sprechen

Rauchergewohnheiten: ☐ ja ☐ nein

Personenbezogene Orientierung:

- ☐ Nicht eingeschränkt ☐ Leicht eingeschränkt ☐ Stark eingeschränkt ☐ Nicht möglich

Örtliche Orientierung:

- ☐ Nicht eingeschränkt ☐ Leicht eingeschränkt ☐ Stark eingeschränkt ☐ Nicht möglich

Zeitliche Orientierung:

- ☐ Nicht eingeschränkt ☐ Leicht eingeschränkt ☐ Stark eingeschränkt ☐ Nicht möglich

Mentaler Zustand:

☐ aggressiv ☐ Weglauftendenz

Mobilität

Gehen ☐ eigenständig ☐ mit Hilfe ☐ Rollstuhlfahrer ☐ bettlägrig

Sturzrisiko: ☐ ja ☐ nein

Transfer: ☐ eigenständig ☐ mit Unterstützung ☐ unfähig

Ist eine Aufstehhilfe/Bettlifter vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Eigenbewegung im Bett: ☐ eigenständig ☐ mit Unterstützung

Inkontinenz

☐ Harninkontinenz ☐ Stuhlinkontinenz ☐ Urinkatheter ☐ Stoma

☐ Wechsel von Windeln ☐ Wechsel von Einlagen

Toilettengang: ☐ eigenständig ☐ mit Unterstützung ☐ unfähig

Körperhygiene:

☐ eigenständig ☐ mit Unterstützung

Nagelpflege (Finger): ☐ eigenständig ☐ mit Unterstützung

Essen

Nahrungsaufnahme: ☐ eigenständig ☐ mit Unterstützung

Trinken: ☐ eigenständig ☐ Erinnerung ☐ mit Unterstützung

Allergien: ☐ ja (welche:) ☐ nein

Diät / Ernährungsplan:

Kau- und Schluckbeschwerden: ☐ ja ☐ nein

PEG-Sonde: ☐ ja ☐ nein

Nachteinsätze: ☐ nein ☐ selten ☐ 1x / Nacht ☐ 2x / Nacht ☐ > 2x / Nacht

Angaben zur gewünschten Pflegekraft

Alter: _____ darf die Kraft **DRAUSSEN** rauchen ☐ ja ☐ nein

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ egal

Führerschein: ☐ ja ☐ nein ☐ Automatik ☐ Schaltgetriebe

Sprachkenntnisse: ☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend

Gewünschte Tätigkeiten:

☐ Einkaufen ☐ Kochen ☐ Putzen ☐ Wäsche waschen ☐ Bügeln

- An/Auskleiden ○ Körperpflege ○ Intimpflege ○ Mobilisierung
- Nahrungsaufnahme ○ Flüssigkeitsaufnahme ○ Toilettengang
- Wechsel von Inkontinenzmaterial
- Transfer (ca. Anzahl pro Tag:)

Allgemeine Fragen

Kann 2x ½ oder 1 ganzer freier Tag pro Woche gewährleistet werden?

☐ ja ☐ nein

An allen anderen Tagen 2 Stunden Pause (am besten nach dem Mittagessen) möglich:

☐ ja ☐ nein

Betreuungsbeginn: ☐ schnellstmöglich (5-7 Tage) ☐ Datum:

Monatliches Budget für die Betreuung:

Vorhandene Hilfsmittel:

- Anti Dekubitus Matratze ○ Bett Lift ○ Pflegebett ○ Gehstock
- Rollator ○ Duschstuhl ○ (Dusch-) Haltegriffe ○ Toilettensstuhl ○ Rollstuhl
- Bad Lifter ○ Treppenlift ○ Wannenlifter ○ Duschhocker

Erfolgt Unterstützung durch die Familie?

- Ja, jederzeit per Anruf erreichbar und ggf. kurzfristig vor Ort
- Sporadisch, wie es die Zeit zulässt
- Nein

Name des Familienangehörigen

Telefonnummer des Familienangehörigen

Hiermit bestätige ich, dass meine persönlichen Daten vollständig und wahrheitsgemäß sind.

Ort, Datum

Unterschrift