

FRAGEBOGEN ZUR  
**PFLEGE BEDARF SERMITTLUNG**

### I. Die Pflegesituation

1. Straße + Nr.	2. PLZ	3. Ort			
4. Betreuungsbeginn	schnellstmöglich (5 bis 7 Werktag)	Wunschtermin	noch offen		
5. Patientenanzahl	1 Patient/in	2 Patienten/innen	6. Leben weitere Personen im Haushalt?	nein	ja
7. Wenn Sie unter Punkt 1.6 „ja“ ausgewählt haben, dann tragen Sie bitte in das nachfolgende Textfeld die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen ein und im Textfeld rechts daneben, wer die/se Person/en ist/sind (z. B. Lebenspartner).					
Anzahl Personen	Wer ist/sind die/se Person/en?				

### 2. Kontaktdaten Anfragersteller / Ansprechpartner für Pflegehelfen

1. Personendaten							
Anrede	Titel	Vor- und Nachname					
Straße + Nr.	PLZ	Ort					
Telefon	E-Mail						
2. Rückruf	täglich	werktags	Wochenende	Datum			
Falls im Punkt 2.2 „Datum“ gewählt, bitte hier Datum eintragen:			Uhrzeit (frühestens ab 7 Uhr bis spätestens 22 Uhr)				
			von	bis		Uhr	
3. Bitte verraten Sie uns, wie Sie von uns erfahren haben.							
Empfehlung	Google	andere Suchmaschine	Zeitschrift	Tageszeitung	TV	Flyer	Sonstiges

FRAGEBOGEN ZUR  
**PFLEGE BEDARFSERMITTLUNG**

**3a. Angaben (erste/r) Patient/in**

1. Personendaten	Anrede	Titel		Vor- und Nachname					
Alter	Gewicht	Geburtsdatum							
2. Pflegegrad	keiner	1	2	3	4	5	3. Pflegedienst beauftragt	ja	nein
4. Krankheitsmerkmale	Diabetes	Katheter			Parkinson	Sonde			
Alzheimer	Dialysepatient	Krebs			Rheuma	weitere Krankheitsmerkmale bitte in die folgende Textzeile eintragen			
Arthrose	geistig behindert	MS-Patient			Schlaganfall				
Demenz	Herz- Kreislauferkrankung	Osteoporose			Schmerzpatient				
5. Mobilität	6. Kommunikation/Wahrnehmung								
uneingeschränkt mobil	— Hören			— Sprechen			— Sehen		
leicht gehbehindert	keine Einschränkungen			keine Einschränkungen			keine Einschränkungen		
rollatorfähig	leicht eingeschränkt			leicht eingeschränkt			leicht eingeschränkt		
rollstuhlfähig	stark eingeschränkt			stark eingeschränkt			stark eingeschränkt		
bettlägerig	nicht möglich			nicht möglich			nicht möglich		
7. Nachteinsätze	nein, maximal 1 mal pro Woche			ja, maximal 1 mal pro Nacht			ja, mehrmals pro Nacht		
8. Treppensteigen	9. Aufrichten & Zubettgehen		10. An- u. Auskleiden		11. Gehen		12. Stehen /Transfer		
selbständig	selbständig		selbständig		selbständig		selbständig		
meist selbständig	meist selbständig		meist selbständig		meist selbständig		meist selbständig		
meist unselbständig	meist unselbständig		meist unselbständig		meist unselbständig		meist unselbständig		
unselbständig	unselbständig		unselbständig		unselbständig		unselbständig		
13. Vorhandene Hilfsmittel / Unterstützung	Rollator Rollstuhl		Treppenlift Hebelift		Pflegebett Duschstuhl		Toilettenstuhl andere Person hilft mit		

FRAGEBOGEN ZUR  
**PFLEGE BEDARFSERMITTLUNG**

Sollten Sie auf Seite eins unter Punkt 1.3. „2 Patienten/innen“ ausgewählt haben, tragen Sie nachfolgend bitte entsprechende Daten ein.

**3b. Angaben zweite/r Patient/in**

1. Personendaten	Anrede	Titel		Vor- und Nachname						
Alter	Gewicht	Geburtsdatum								
2. Pflegegrad	keiner	1	2	3	4	5	3. Pflegedienst beauftragt	ja	nein	
4. Krankheitsmerkmale	Diabetes	Katheter			Parkinson	Sonde				
Alzheimer	Dialysepatient	Krebs			Rheuma	weitere Krankheitsmerkmale bitte in die folgende Textzeile eintragen				
Arthrose	geistig behindert	MS-Patient			Schlaganfall					
Demenz	Herz- Kreislauferkrankung	Osteoporose			Schmerzpatient					
5. Mobilität	6. Kommunikation/Wahrnehmung									
uneingeschränkt mobil	— Hören			— Sprechen			— Sehen			
leicht gehbehindert	keine Einschränkungen			keine Einschränkungen			keine Einschränkungen			
rollatorfähig	leicht eingeschränkt			leicht eingeschränkt			leicht eingeschränkt			
rollstuhlfähig	stark eingeschränkt			stark eingeschränkt			stark eingeschränkt			
bettlägerig	nicht möglich			nicht möglich			nicht möglich			
7. Nachteinsätze	nein, maximal 1 mal pro Woche			ja, maximal 1 mal pro Nacht			ja, mehrmals pro Nacht			
8. Treppensteigen	9. Aufrichten & Zubettgehen		10. An- u. Auskleiden		11. Gehen		12. Stehen /Transfer			
selbständig	selbständig		selbständig		selbständig		selbständig			
meist selbständig	meist selbständig		meist selbständig		meist selbständig		meist selbständig			
meist unselbständig	meist unselbständig		meist unselbständig		meist unselbständig		meist unselbständig			
unselbständig	unselbständig		unselbständig		unselbständig		unselbständig			
13. Vorhandene Hilfsmittel / Unterstützung	Rollator Rollstuhl		Treppenlift Hebelift		Pflegebett Duschstuhl		Toilettenstuhl andere Person hilft mit			

FRAGEBOGEN ZUR  
**PFLEGE BEDARFSERMITTLUNG**

**4. Weitere Angaben zum Patienten und zu seinen Gewohnheiten**

1. Normaler Tagesablauf:

2. Hobbies und Interessen:

3. Bevorzugte Speisen und Lebensmittel:

4. Unbeliebte Speisen und Lebensmittel:

5. Allergien:

6. Medizinische oder religiöse Ernährungsvorschriften oder -wünsche:

7. Sonstige Anmerkungen

FRAGEBOGEN ZUR  
**PFLEGE BEDARFSERMITTLUNG**

**5. Wohn- und Haushaltssituation des Patienten**

1. Wohnverhältnisse	Haus	Wohnung	2. Wohngegend	städtisch	ländlich		
3. Raucherhaushalt	ja	nein	unbekannt	4. Haustiere	Hund/e	Katze/n	andere
5. Hilfe durch Familienangehörige							
ja, jederzeit per Anruf erreichbar und ggf. kurzfristig vor Ort							
Vor- und Zuname des Familienangehörigen				Telefonnummer des Familienangehörigen			
_____							
ja, regelmäßig an folgenden Wochentagen erreichbar/vor Ort:							
Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.	Falls möglich, hier bitte Uhrzeit eintragen
_____							
sporadisch, wie es die Zeit zulässt							
_____							
nein							

5

**6. Unterbringung der Pflegekraft und Ausstattung**

1. Unterkunft Pflegekraft	1 Zimmer	2 Zimmer	eigener Bereich
2. Sanitäranlagen	eigenes Bad	eigenes WC	
3. Internet	ja	nein	wird zur Anreise eingerichtet
4. Telefon mit Auslandsflatrate	ja	nein	wird zur Anreise eingerichtet
5. Sonstiges	eigener Fernseher		

FRAGEBOGEN ZUR  
**PFLEGE BEDARFSERMITTLUNG**

**7. Gewünschte Tätigkeiten am Patienten durch die Pflegekraft**

	morgens	mittags	abends	nachts
An- und Auskleiden				
Duschen				
Kochen				
Körperpflege				
Mobilisierung				
Nahrungsaufnahme				
Stehen, Gehen, Betten				
Toilettengang				
Wechseln von Inkontinenzmaterial				

6

**8. Gewünschte Haushaltstätigkeiten durch die Pflegekraft**

1. Soll die Pflegekraft Einkäufe erledigen ?	2. Wie kann der Einkauf erledigt werden ?		
ja                      nein	zu Fuß	per Fahrrad	mit dem Auto                      ÖPNV
3. Wie wird die Finanzierung der Einkäufe geregelt ?			
4. Weitere gewünschte Haushaltstätigkeiten durch die Pflegekraft:			
Arztbesuche	Bügeln	leichte Gartenarbeit	Sonstige gewünschte Tätigkeiten:
Aufräumen	Familie mitversorgen	Sauber machen	
Ausflüge	Fenster putzen	Speisenplanung	
Behördengänge	Freizeitgestaltung	Wäsche waschen	
Blumen gießen	Kochen	Versorgung der Haustiere	
5. Gibt es Möglichkeiten von Entlastungspausen für die Pflegekraft ?		ja	nein                      unbekannt

FRAGEBOGEN ZUR  
**PFLEGE BEDARFSERMITTLUNG**

### 9. Personalanforderungen

1. Geschlecht	unwichtig	männlich	weiblich	
2. Sprachstufe	Grundkenntnisse	Mittelstufe	Fortgeschritten	Fließend
3. Führerschein	ja	nein		
4. Darf die Pflegekraft rauchen?	unwichtig	ja, aber draußen	ja, ist erlaubt	nein, unbedingt Nichtraucher
5. Betreuungserfahrung	Grundlagen	Mittelstufe	Fortgeschritten	Experte/Fachkraft

### 10. Sonstige Anmerkungen zur Pflegekraft

### II. Allgemeine sonstige Anmerkungen

## Informationen zum Datenschutz

### Datenschutzrechte der Betroffenen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Sie können von uns jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten (Artikel 15 DS-GVO), deren Berichtigung (Artikel 16 DS-GVO), Löschung (Artikel 17 DS-GVO) oder Einschränkung der Verarbeitung (Artikel 18 DS-GVO) verlangen sowie Ihr Recht auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DS-GVO) geltend machen. Ebenfalls können Sie Ihre Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ändern oder widerrufen (Artikel 21 DS-GVO).

Bitte beachten Sie, dass Datenverarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, hiervon nicht betroffen sind. Zu den vorgenannten Zwecken wenden Sie sich bitte an die nachfolgende Kontaktadresse.

Für die Datenverarbeitung und den Datenschutz verantwortlich:

**OstProfi**

Sieversbek 25, 25524 Itzehoe

Tel.: 04821- 80 403 20

Fax: 04821- 80 403 21

E-Mail: info@ostprofi.de

Ihnen steht des Weiteren ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde zu.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen haben.

**Bitte senden Sie den Fragenbogen zur Pflegebedarfsermittlung ausgefüllt mit der Post an die im Seitenkopf vermerkte Adresse oder per E-Mail an: info@ostprofi.de.**

Ort, Datum

Unterschrift