linara
Betreuung zu Hause

FRAGEBOGEN ZUR BEDARFSANALYSE

Eine umfassende Bedarfsanalyse ist die Grundlage einer individuellen Betreuung zu Hause und notwendig, um mit der Suche nach einer geeigneten Betreuungsperson beginnen zu können. Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus und senden ihn uns auf einem der folgenden Wege zurück:

Bitte senden Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt an uns zurück:

Post: Linara ambulante Pflegedienste GmbH
Kitzingstr. 15-19
12277 Berlin

E-Mail: beratung@linara.de

Fax: 030 – 62 73 967-20

AUSDRUCKEN E-MAIL SENDEN

Optimiert für Adobe Reader. Download kostenfrei: get.adobe.com/reader

Gern füllen wir den Fragebogen auch gemeinsam mit Ihnen am Telefon aus:

0800 – 64 87 225

1. KONTAKTDATEN

1.1 ANSPRECHPERSON FÜR LINARA

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Verhältnis zur ersten hilfsbedürftigen Person: _____

1.2 HILFSBEDÜRFTIGE PERSON(EN)

Tel.: _____ Mobil: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

1.3 WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- ☐ Krankenhaus
- ☐ ambulanter Pflegedienst
- ☐ Beratungsstelle
- ☐ Arzt/Therapeut
- ☐ Internetrecherche
- ☐ Empfehlung von Freunden/Bekannten
- ☐ Sonstiges

Nähere Angaben oder Stempel der Einrichtung:

Einverständniserklärung

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese gewissenhaft gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden und schützen sie durch angemessene technische und organisatorische Maßnahmen.

Ausführliche Informationen finden Sie unter **www.linara.de/datenschutz**.

☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Linara ambulante Pflegedienste GmbH die in diesem Fragebogen zur Bedarfsanalyse enthaltenen personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, erfasst und zum Zwecke der Anbahnung einer Betreuung in häuslicher Gemeinschaft und der daraus resultierenden Personenbetreuung an direkt beteiligte Partner weitergibt.

Die Datenweitergabe an direkt beteiligte Partner erfolgt anfangs anonymisiert. Persönliche Daten werden erst weitergegeben, wenn einem Betreuungsvorschlag zugestimmt wurde.

☐ Ich bestätige, dass die gemachten Angaben freiwillig nach meinem bestem Wissen wahr-heitsgemäß und vollständig sind und ich zur Weitergabe der Daten befugt bin.

Datum: _____ Unterschrift: _____

2. ERSTE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

2.1 ZUR PERSON

☐ männlich ☐ weiblich

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Befindet sich die Person aktuell in (teil-)stationärer Behandlung?

☐ nein ☐ ja

Wann soll die Betreuung zu Hause beginnen?

☐ innerhalb von 14 Tagen ☐ ab _____

Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ derzeit keinen Pflegegrad

Krankenkasse der hilfsbedürftigen Person: _____

2.2 LEISTUNGEN DER PFLEGEKASSE UND EINSATZ EINES AMBULANTEN PFLEGEDIENSTES

Bitte beachten Sie, dass die Behandlungspflege (bspw. Medikamentengabe, Wundversorgung oder das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen) ausgeschlossen ist und durch einen Pflegedienst erfolgen muss.

Verwenden Sie den Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 131 Euro?

☐ ja ☐ nein

Bekommen Sie Pflegegeld ausgezahlt?

☐ nein ☐ ja, in Höhe von: _____

Wird ein Pflegedienst in Anspruch genommen?

☐ nein ☐ wöchentlich ☐ mehrmals pro Woche ☐ täglich ☐ mehrmals täglich

Welche Aufgaben soll der ggf. eingesetzte Pflegedienst auch weiterhin übernehmen?

_____

Darf sich Linara mit dem Pflegedienst über die Versorgung der hilfsbedürftigen Person austauschen?

☐ ja ☐ nein ☐ nach Rücksprache

Angaben zum Pflegedienst: _____

2.3 DIAGNOSEN UND GRÜNDE FÜR DIE BETREUUNGSBEDÜRFTIGKEIT

☐ Demenz ☐ Altersschwäche ☐ Schlaganfall ☐ Angstzustände ☐ Krebs
☐ Einsamkeit ☐ Depression ☐ Unfall/Sturz ☐ Amputation ☐ Rheuma
☐ Parkinson ☐ Diabetes ☐ Herzerkrankung

Anmerkungen: _____

Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

☐ nein ☐ ja, Folgende: _____

Hat die hilfsbedürftige Person ansteckende Krankheiten oder Keime (z. B. MRSA, ESBL, Hepatitis)?

☐ nein ☐ ja, Folgende: _____

Hat die hilfsbedürftige Person eine Hauterkrankung/-schädigung (z. B. Dekubitus)?

☐ nein ☐ ja, wird versorgt durch: _____

2.4 INKONTINENZ

☐ nicht inkontinent ☐ stuhlinkontinent ☐ künstlicher Blasenausgang ☐ Dauerkatheter
☐ harninkontinent ☐ künstlicher Darmausgang ☐ teilweise inkontinent (z. B. nachts)

Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?

☐ nein ☐ ja, Wechsel erfolgt selbstständig ☐ ja, Wechsel durch Betreuungsperson

2.5 KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT

Sehen:	☐ nicht eingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ stark beeinträchtigt	☐ blind
Hören:	☐ nicht eingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ stark beeinträchtigt	☐ gehörlos
Sprechen:	☐ nicht eingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ stark beeinträchtigt	☐ verstummt

2.6 MOBILITÄT

Hinlegen & Aufstehen:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Hinsetzen & Aufstehen:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Stehen:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Gehen:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Umgang mit Gehhilfen:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Umgang mit Rollstuhl:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Umsetzen (Transfer):	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Umlagern im Bett:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Bettlägerigkeit:	☐ nein	☐ ja	

Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

☐ nein ☐ ja

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

☐ Pflegebett ☐ Hebegurt/-sitz ☐ Lifter ☐ Toiletten-/Duschstuhl
☐ Rollstuhl ☐ Rollator weitere: _____

2.7 MENTALE VERFASSUNG (DEMENZ-ANAMNESE)

Hat die hilfsbedürftige Person Orientierungsschwierigkeiten?

☐ nein ☐ zeitlich („Welcher Tag ist heute?“) ☐ örtlich („Wo bin ich?“)
☐ räumlich („Wo ist die Toilette?“) ☐ situativ („Was mache ich hier gerade?“)
☐ zur eigenen Person („Wie heiße ich?“) ☐ zu anderen Personen („Woher kenne ich dich?“)

Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?

☐ nein ☐ ggü. sich selbst ☐ ggü. anderen ☐ ggü. Gegenständen ☐ ja, verbal

Anmerkungen:

Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?

☐ nein ☐ Angstzustände ☐ Apathie (Teilnahmslosigkeit) ☐ Halluzinationen
☐ starke Unruhe ☐ Hinlauftendenz ☐ gestörter Tag-Nacht-Rhythmus ☐ Ablehnung der Pflege

Anmerkungen:

Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

☐ Eine direkte Ansprache und Aktivierung ist wichtig ☐ Sie bevorzugt es, in Ruhe gelassen zu werden

Anmerkungen:

2.8 INTERESSEN UND BELIEBTE BESCHÄFTIGUNGEN DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON

☐ Kochen/Backen ☐ Spaziergänge ☐ Musik ☐ Natur ☐ Tiere
☐ Lesen/Literatur ☐ Fernsehen ☐ Handarbeiten ☐ Gesellschaftsspiele

Weitere: _____

2.9 AUFGABEN DER BETREUUNGSPERSON

☐ Körperhygiene ☐ Intimpflege ☐ Erinnerung an Medikamenteneinnahme
☐ Nahrungsaufnahme ☐ Toilettengänge ☐ Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen
☐ An- und Auskleiden ☐ Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme

weitere:

Ist eine Betreuung in der Nacht notwendig?

☐ nein ☐ gelegentlich ☐ jede Nacht ☐ mehrmals pro Nacht

Anmerkungen: _____

Wie kann die Betreuungsperson in der Nacht gerufen werden?

☐ Klingel ☐ „Babyphone“ ☐ Rufen

3. ANGABEN ZUR BETREUUNGSPERSON

3.1 WÜNSCHE AN DIE BETREUUNGSPERSON

Für welchen Zeitraum planen Sie derzeit den Einsatz einer Betreuungsperson?

☐ unbefristet ☐ befristet für die Dauer von: _____ Monaten

Welches Geschlecht bevorzugen Sie?

☐ egal ☐ weiblich ☐ männlich

Welches Alter bevorzugen Sie?

☐ egal ☐ bis 50 Jahre ☐ älter als 50

Ist ein Führerschein erforderlich?

☐ nein ☐ ja, unbedingt (wirkt sich auf Tagessatz aus)

Welche Deutschkenntnisse sind für die Betreuung erforderlich?

☐ **Kategorie 1:** **Grundkenntnisse**
Versteht einfache Fragen, spricht stark vereinfachte Sätze

☐ **Kategorie 2:** **Kommunikative Kenntnisse**
Versteht längere Sätze, spricht in einfachen Sätzen

☐ **Kategorie 3:** **Fortgeschrittene Kenntnisse**
Versteht gut, spricht mit kleineren Fehlern

3.2 ALLGEMEINE ANGABEN ZUM HAUSHALT

Welche Ausstattungdetails stehen der Betreuungsperson – neben einem eigenen Zimmer – zur Verfügung?

☐ eigenes Bad ☐ TV ☐ Fahrrad ☐ Auto ☐ weitere: _____

Wird der Betreuungsperson ein Internetzugang zur Verfügung gestellt?

☐ ja, bereits vorhanden ☐ ja, wird noch bereitgestellt ☐ nicht möglich

Wie sind die wichtigsten Einkaufsmöglichkeiten zu erreichen?

☐ zu Fuß ☐ mit öffentlichen Verkehrsmitteln ☐ mit dem Fahrrad ☐ nur mit dem Auto

Gibt es weitere Unterstützung im Haushalt?

☐ nein ☐ ja, Folgende: _____

Welche technischen Hilfsmittel sind vorhanden?

☐ Waschmaschine ☐ Wäschetrockner ☐ Geschirrspülmaschine

☐ weitere: _____

Kommen Angehörige oder Bekannte zu Besuch und wenn ja, wie oft?

☐ nein ☐ ja, in folgender Regelmäßigkeit: _____

Wie wohnt die hilfsbedürftige Person?

☐ Haus ☐ Wohnung ☐ Sonstiges: _____

Leben neben der ersten hilfsbedürftigen Person noch weiteren Personen im Haushalt?

☐ nein ☐ ja, eine zweite zu betreuende Person (bitte auch Seiten 8-10 ausfüllen)

☐ ja, Folgende: _____

3.3 ANGABEN ZU HAUSHALTSTÄTIGKEITEN

Soll die Betreuungsperson kochen?

☐ nein ☐ ja, für: _____ Personen (inkl. Betreuungsperson)

Soll die Betreuungsperson die Wohnfläche reinigen?

☐ nein ☐ ja, ca: _____ m²

Welche weiteren Tätigkeiten soll die Betreuungsperson übernehmen?

☐ Blumenpflege ☐ Waschen/Bügeln ☐ Einkaufen

weitere: _____

Soll die Betreuungsperson Haustiere versorgen?

☐ nein ☐ ja, Folgende: _____

3.4 FREIZEITREGELUNG

☐ ein freier Tag pro Woche ☐ zwei halbe freie Tage pro Woche

Anmerkungen:

Wer übernimmt die Betreuung, wenn die Betreuungsperson Freizeit hat?

3.5 ABHOLUNG DER BETREUUNGSPERSON BEI ANREISE

Bitte beachten Sie, dass die Anreise nur bis zum nächstgelegenen zentralen Busbahnhof (ZOB), Bahnhof bzw. Flughafen erfolgt.

☐ Abholung persönlich vom zentralen Busbahnhof (ZOB), Bahnhof bzw. Flughafen möglich

☐ Abholung durch Dritte vom zentralen Busbahnhof (ZOB), Bahnhof bzw. Flughafen möglich

☐ keine Abholung möglich

Anmerkungen:

4. ZWEITE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

4.1 ZUR PERSON

☐ männlich ☐ weiblich

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Befindet sich die Person aktuell in (teil-)stationärer Behandlung?

☐ nein ☐ ja

Wann soll die Betreuung zu Hause beginnen?

☐ innerhalb von 14 Tagen ☐ ab _____

Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ derzeit keinen Pflegegrad

Krankenkasse der hilfsbedürftigen Person: _____

4.2 LEISTUNGEN DER PFLEGEKASSE UND EINSATZ EINES AMBULANTEN PFLEGEDIENSTES

Bitte beachten Sie, dass die Behandlungspflege (bspw. Medikamentengabe, Wundversorgung oder das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen) ausgeschlossen ist und durch einen Pflegedienst erfolgen muss.

Verwenden Sie den Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 131 Euro?

☐ ja ☐ nein

Bekommen Sie Pflegegeld ausgezahlt?

☐ nein ☐ ja, in Höhe von: _____

Wird ein Pflegedienst in Anspruch genommen?

☐ nein ☐ wöchentlich ☐ mehrmals pro Woche ☐ täglich ☐ mehrmals täglich

Welche Aufgaben soll der ggf. eingesetzte Pflegedienst auch weiterhin übernehmen?

_____

Darf sich Linara mit dem Pflegedienst über die Versorgung der hilfsbedürftigen Person austauschen?

☐ ja ☐ nein ☐ nach Rücksprache

Angaben zum Pflegedienst: _____

4.3 DIAGNOSEN UND GRÜNDE FÜR DIE BETREUUNGSBEDÜRFTIGKEIT

☐ Demenz ☐ Altersschwäche ☐ Schlaganfall ☐ Angstzustände ☐ Krebs
☐ Einsamkeit ☐ Depression ☐ Unfall/Sturz ☐ Amputation ☐ Rheuma
☐ Parkinson ☐ Diabetes ☐ Herzerkrankung

Anmerkungen: _____

Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

☐ nein ☐ ja, Folgende: _____

Hat die hilfsbedürftige Person ansteckende Krankheiten oder Keime (z. B. MRSA, ESBL, Hepatitis)?

☐ nein ☐ ja, Folgende: _____

Hat die hilfsbedürftige Person eine Hauterkrankung/-schädigung (z. B. Dekubitus)?

☐ nein ☐ ja, wird versorgt durch: _____

4.4 INKONTINENZ

☐ nicht inkontinent ☐ stuhlinkontinent ☐ künstlicher Blasenausgang ☐ Dauerkatheter
☐ harninkontinent ☐ künstlicher Darmausgang ☐ teilweise inkontinent (z. B. nachts)

Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?

☐ nein ☐ ja, Wechsel erfolgt selbstständig ☐ ja, Wechsel durch Betreuungsperson

4.5 KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT

Sehen:	☐ nicht eingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ stark beeinträchtigt	☐ blind
Hören:	☐ nicht eingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ stark beeinträchtigt	☐ gehörlos
Sprechen:	☐ nicht eingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ stark beeinträchtigt	☐ verstummt

4.6 MOBILITÄT

Hinlegen & Aufstehen:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Hinsetzen & Aufstehen:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Stehen:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Gehen:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Umgang mit Gehhilfen:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Umgang mit Rollstuhl:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Umsetzen (Transfer):	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Umlagern im Bett:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständige Übernahme
Bettlägerigkeit:	☐ nein	☐ ja	

Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

☐ nein ☐ ja

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

☐ Pflegebett ☐ Hebegurt/-sitz ☐ Lifter ☐ Toiletten-/Duschstuhl
☐ Rollstuhl ☐ Rollator weitere: _____

4.7 MENTALE VERFASSUNG (DEMENZ-ANAMNESE)

Hat die hilfsbedürftige Person Orientierungsschwierigkeiten?

☐ nein ☐ zeitlich („Welcher Tag ist heute?“) ☐ örtlich („Wo bin ich?“)
☐ räumlich („Wo ist die Toilette?“) ☐ situativ („Was mache ich hier gerade?“)
☐ zur eigenen Person („Wie heiße ich?“) ☐ zu anderen Personen („Woher kenne ich dich?“)

Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?

☐ nein ☐ ggü. sich selbst ☐ ggü. anderen ☐ ggü. Gegenständen ☐ ja, verbal

Anmerkungen:

Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?

☐ nein ☐ Angstzustände ☐ Apathie (Teilnahmslosigkeit) ☐ Halluzinationen
☐ starke Unruhe ☐ Hinlauftendenz ☐ gestörter Tag-Nacht-Rhythmus ☐ Ablehnung der Pflege

Anmerkungen:

Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

☐ Eine direkte Ansprache und Aktivierung ist wichtig ☐ Sie bevorzugt es, in Ruhe gelassen zu werden

Anmerkungen:

4.8 INTERESSEN UND BELIEBTE BESCHÄFTIGUNGEN DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON

☐ Kochen/Backen ☐ Spaziergänge ☐ Musik ☐ Natur ☐ Tiere
☐ Lesen/Literatur ☐ Fernsehen ☐ Handarbeiten ☐ Gesellschaftsspiele

Weitere: _____

4.9 AUFGABEN DER BETREUUNGSPERSON

☐ Körperhygiene ☐ Intimpflege ☐ Erinnerung an Medikamenteneinnahme
☐ Nahrungsaufnahme ☐ Toilettengänge ☐ Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen
☐ An- und Auskleiden ☐ Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme

weitere:

Ist eine Betreuung in der Nacht notwendig?

☐ nein ☐ gelegentlich ☐ jede Nacht ☐ mehrmals pro Nacht

Anmerkungen: _____

Wie kann die Betreuungsperson in der Nacht gerufen werden?

☐ Klingel ☐ „Babyphone“ ☐ Rufen