

## Fragebogen zur Ermittlung des Pflege- und Betreuungsbedarfs

Bitte zurücksenden      per E-Mail      an      kontakt@pflegepiloten.de  
per Fax      an      07151 - 165 88 49  
per Post      an      PflegePiloten GmbH  
Werkstraße 24  
71384 Weinstadt

Für Fragen steht Ihnen unser PflegePiloten-Team unter der  
Service-Nummer **07151 - 165 88 40** jederzeit gerne zur Verfügung.

### I Angaben zum Leistungsnehmer (pflegebedürftige Person)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname      \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer      \_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
PLZ      Ort      \_\_\_\_\_  
Mobil

### II Angaben zur Kontaktperson (Angehöriger)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname      \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer      \_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
PLZ      Ort      \_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail      \_\_\_\_\_  
Mobil

Beziehung zur pflegebedürftigen Person:

Tochter/Sohn       Schwiegertochter/-sohn       Schwester/Bruder

Sonstiges \_\_\_\_\_

### III Angaben zum Haushalt

#### Angehörige

- Angehörige leben im gemeinsamen Haushalt

Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_

- Angehörige leben im gleichen Haus

Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_

- Angehörige kommen regelmäßig zu Besuch ( ca. \_\_\_\_\_ mal pro Woche )

#### Rahmenbedingungen / Infrastruktur

Wohnsituation  Einfamilienhaus  Wohnung ( \_\_\_\_ . Stockwerk)

Separates Zimmer für Pflegekraft vorhanden

Garten  Ja  Nein

Haustiere  Ja  Nein

Wenn ja, Anzahl und Art: \_\_\_\_\_

Lage  Großstadt - zentral  Großstadt - abgelegen

Kleinstadt  Dorf (sehr ländlich)

Einkaufsmöglichkeiten  Zu Fuß gut erreichbar  Mit Bus gut erreichbar

Nur mit Auto erreichbar

Auto  Auto vorhanden  Kein Auto vorhanden

Auto kann von Pflegekraft zu Betreuungszwecken genutzt werden.

Internetanschluss  Ja  Derzeit nein

### IV Angaben zu der zu betreuenden Person

Größe \_\_\_\_\_ cm

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Welche Hobbies und welche Interessen hat die zu betreuende Person?

---

---

Angaben zur Pflegeversicherung bzw. Pflegeeinstufung

Pflegegrad     Nein     Grad 1     Grad 2     Grad 3     Grad 4     Grad 5     Beantragt

Allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand

Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> unterschiedlich	<input type="checkbox"/> schlecht
Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> bettlägerig
Fortbewegung	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> mit Stock/Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
Geistiger Zustand	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> schlecht
Hörvermögen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> taub
Sehvermögen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> blind
Sprachvermögen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stumm
Orientierungssinn	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> desorientiert
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> selbst nicht möglich

Nächtliche Versorgung

Ist regelmäßig nächtliche Versorgung erforderlich?                     Ja                     Nein

Wenn ja, wie ist der Versorgungsbedarf?                    ca. \_\_\_\_\_ mal / Dauer je ca. \_\_\_\_\_ Min.

Bestehen besondere Anforderungen an die nächtliche Versorgung?

---

---

### Medizinische Angaben

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Demenz                         | <input type="checkbox"/> Allergien                          |
| <input type="checkbox"/> Leichte Beeinträchtigung       | <input type="checkbox"/> Asthma                             |
| <input type="checkbox"/> Mittelgradige Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                       |
| <input type="checkbox"/> Schwere Beeinträchtigung       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                        |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                      | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmkrankung                |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose              | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung                    |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz                    | <input type="checkbox"/> Dekubitus (Druckgeschwür)          |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter                  | <input type="checkbox"/> Stoma (Darmausgang/Urinausleitung) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus              | <input type="checkbox"/> Depression                         |
| <input type="checkbox"/> Rheuma / Gicht                 | <input type="checkbox"/> Lähmung _____                      |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck)     | <input type="checkbox"/> _____                              |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                    | <input type="checkbox"/> _____                              |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankung        | <input type="checkbox"/> _____                              |

### Vorhandene Hilfsmittel

- |   |                                      |  |                                     |
|---|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl      | <input type="checkbox"/> Rollator    | <input type="checkbox"/> Hebegurt      | <input type="checkbox"/> Hebesitz   |
| <input type="checkbox"/> Badewannenlift | <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Toilettensitz | <input type="checkbox"/> Pflegebett |
| <input type="checkbox"/> Sonstige       | _____                                |  |                                     |

### Ambulanter Pflegedienst

Erfolgt eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst derzeit? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## V Angaben zur häuslichen Versorgung

Welche Leistungen sollen durch die häusliche Versorgung abgedeckt werden?

### Grundpflege

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei der täglichen Körperpflege | <input type="checkbox"/> Hilfe beim An- und Auskleiden |
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Nahrungsaufnahme       | <input type="checkbox"/> Hilfe bei Toilettengängen     |
| <input type="checkbox"/> 24-Stunden-Rufbereitschaft           |  |

### Behandlungspflege

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medikamentenverwaltung | <input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxen            |  |

### Aktivierung

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Aufstehen / Zubettgehen | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Gehen bzw. Fortbewegen |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Verlassen der Wohnung   |  |

### Hauswirtschaftliche Verrichtungen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Waschen              | <input type="checkbox"/> Staub saugen       |
| <input type="checkbox"/> Bügeln               | <input type="checkbox"/> Boden wischen      |
| <input type="checkbox"/> Betten frisch machen | <input type="checkbox"/> Pflanzenpflege     |
| <input type="checkbox"/> Kochen               | <input type="checkbox"/> Haustierversorgung |
| <input type="checkbox"/> Geschirr spülen      | <input type="checkbox"/> Postverwaltung     |
| <input type="checkbox"/> Abfallentsorgung     |   |

### Mobilisierung

- Umsetzung erforderlicher mobilisierender Maßnahmen unter Anleitung des Arztes oder Physiotherapeuten

Gesellschaftliche Unterhaltung

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tägliche Gespräche             | <input type="checkbox"/> Gemeinsame Spaziergänge |
| <input type="checkbox"/> Gemeinsame Gesellschaftsspiele | <input type="checkbox"/> Gemeinsame Ausflüge     |

Sonstiges

(z. B. ergänzende Leistungen oder Wünsche/Besonderheiten zum Tagesablauf)\_

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**VI Zeitpunkt und Dauer**

Gewünschter Beginn

- schnellstmöglich
- zum \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer

- bis 3 Monate
- 3 - 12 Monate
- auf zunächst unbestimmte Zeit

## VII Anforderungen an die Pflegekraft

- Geschlecht       männlich       weiblich       nicht relevant
- Alter       25 – 40       40 – 60       nicht relevant
- Sprachkenntnisse       Einfache Grundsprachkenntnisse  
                                  Erweiterte Sprachkenntnisse  
                                  Gute Sprachkenntnisse
- Führerschein  
mit Fahrpraxis       wichtig       gern gesehen       nicht relevant
- Kräftige Statur       wichtig, da zu pflegende Person gehoben werden muss  
                                  nicht relevant
- Rauchverhalten       Nichtraucher(in)       nicht relevant

Sonstige Anforderungen und Wünsche an die Pflegekraft bzw. häusliche Versorgung:

---

---

---

## VIII Freiwillige Schlussklärung

Wie sind Sie auf das Unternehmen PflegePiloten aufmerksam geworden?

- Internet       Zeitung       Empfehlung von \_\_\_\_\_

## IX Datenschutzerklärung (gemäß EU-Datenschutzverordnung DSGVO vom 25.05.2018)

- Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme auf meine Anfrage und ggf. zur Vorbereitung einer häuslichen Betreuung erkläre ich mich einverstanden. Ich kann mein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.