



Betreuungsbedarfsbogen

Um Ihnen ein Angebot zu erstellen und die passende ergänzende Betreuungskraft zu finden, bitten wir Sie diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen und uns zurück zu senden:

per Post: Betreuungagentur Bayern – Landauer Str. 58 – 94447 Plattling
per Fax: 0 99 31 – 90 79 62
per Mail: info@betreuung-bayern.com

	Pflegedienst	Weiterempfehlung	Internet	sonstige
Kontaktquelle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontaktname: _____

Betreuungsbeginn: So bald als möglich (5-7 Werktage) Datum: _____

Informationen zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Anzahl Personen im Haushalt: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Kontaktperson

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Verhältnis zum Pflegebedürftigen: _____



Betreuungsbedarfsbogen

Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten

Probleme in der Kommunikation

	keine	leicht	stark
Hören:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine	leicht	stark
Sprechen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine	leicht	stark
Sehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Brille	Hörgerät	
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Probleme in der Orientierung

	keine	gelegentlich	massiv
Zeitliche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine	gelegentlich	massiv
Örtliche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine	gelegentlich	massiv
Persönliche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine	gelegentlich	massiv
Gedächtnis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobilität & Beweglichkeit

	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
Hinlegen – Aufstehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
Hinsetzen – Aufstehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
Stehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
Gehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
Umgang mit Gehhilfen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
Umgang mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
Lagern im Bett (Umdrehen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
Transfer (Umsetzen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Gehstock	Rollator	Patientenlift	Rollstuhl	Toilettensitz	Toilettenstuhl
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Betreuungsbedarfsbogen

Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Grund der Pflegebedürftigkeit: _____

Einnahme zur Blutverdünnung: ja nein

Harninkontinenz: ja nein

Stuhlinkontinenz: ja nein

Benötigt Hilfe beim Toilettengang: ja nein

Hilfsmittel: Windeln Vorlagen Urinflasche Katheter Sonstige _____

Probleme beim Essen: ja nein

Probleme beim Trinken: ja nein

Nachtruhe

Nachtruhe: von _____ Uhr bis _____ Uhr

Schläft durch? ja nein

Nachteinsatz wird benötigt: 1 mal 2-3 mal >3 mal sporadisch

Werden Schlafmittel eingenommen? ja nein



Betreuungsbedarfsbogen

Körperpflege

	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
Waschen am Becken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
Waschen im Bett:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
Mund-/Zahnpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
Haarpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
Hautpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
Nagel-/Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
Baden/Duschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Betreuungs- und Pflegebedarf/Wohnsituation

	keinen	1	2	3	4	5
Welchen Pflegegrad hat der Pflegebedürftige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einfamilienhaus	Mehrfamilienhaus	Wohnung			
Wohnumgebung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	unter 15 Min.	unter 30 Min.	mehr als 30 Min.			
Einkaufsmöglichkeiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		ja				nein
Eigenes Zimmer vorhanden:		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
		ja				nein
Internet vorhanden:		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Haustiere:	_____					



Betreuungsbedarfsbogen

Anforderung an die Betreuungskraft

	männlich	weiblich	egal
Geschlecht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30-40	40-50	ab 50
Alter:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ausreichend	befriedigend	gut
Sprachkenntnisse:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nein	ja	ja nur draußen
Rauchen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erwartungen: _____

Verbindliche Unterschrift zwingend notwendig

1. Datenschutzerklärung / Einverständniserklärung

Hiermit willige ich in die Erhebung und Verarbeitung der von mir angegebenen Personalangaben und Gesundheitsdaten durch die Betreuungagentur Bayern und deren Kooperationspartner zum Zwecke der Erbringung von Betreuungsdienstleistungen ein. Die Betreuungagentur Bayern nimmt den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst und hält sich bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung strikt an geltendes Datenschutzgesetz sowie datensicherheitsrechtliche Bestimmungen. Ihre Daten werden lediglich zur zweckbestimmten Nutzung gespeichert. Ausführliche Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer Homepage:

www.betreuung-niederbayern.de

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____