

# ActioVita GmbH

## Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Bitte in Druckschrift ausfüllen !

### Kontaktdaten

Name der Kontaktperson \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail – Adresse \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Name des Patienten \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ / Gewicht \_\_\_\_\_

Wohnt der Patient alleine? \_\_\_\_\_

Pflegestufe                       Keine             1.             2.             3.

Beantragt:                       1.             2.             3.

Pflegedienst    Erfolgt z. Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst:     ja     nein

Wenn ja, soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch  
genommen werden:                       ja     nein

Wie oft täglich: \_\_\_\_\_

# ActioVita GmbH

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Diagnosen/ Beeinträchtigungen

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche        | <input type="checkbox"/> Asthma           | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Dekubitus        | <input type="checkbox"/> Demenz            |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung               | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Hypertonie        |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                       | <input type="checkbox"/> Osteoporose      | <input type="checkbox"/> Rheuma            |
| <input type="checkbox"/> Stoma                             | <input type="checkbox"/> Inkontinenz      | <input type="checkbox"/> Alzheimer         |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                         | <input type="checkbox"/> Depression       | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle             |   |  |
| <input type="checkbox"/> Tumor/ Krebserkrankungen:         | _____                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall, Beeinträchtigungen: | _____                                     |  |
| <input type="checkbox"/> sonstige:                         | _____                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Allergien:                        | _____                                     |  |

## Kommunikation möglich?

- |                        |                              |                                    |  |
|------------------------|------------------------------|------------------------------------|--|
| Sprache                | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht möglich |
| Hörvermögen            | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht         |
| Sehkraft               | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht         |
| Hilfsmittel vorhanden? | Hörgerät                     | <input type="checkbox"/> ja        | <input type="checkbox"/> nein              |
|                        | Brille                       | <input type="checkbox"/> ja        | <input type="checkbox"/> nein              |

## Orientierung vorhanden?

- |            |                             |                                    |                                    |
|------------|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Zeitlich   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| Örtlich    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |
| Persönlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> gar nicht |

## Bewegung

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Selbstständig            | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung   |
| <input type="checkbox"/> überwiegend im Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Bettlägerig   |
| Hilfsmittel vorhanden?                            | <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen |

# ActioVita GmbH

Transfer Bett/ Rollstuhl       Selbstständig       hilft mit       komplett hilfsbedürftig  
 Hilfsmittel vorhanden?  Pflegebett       Lift       Dekubitusmatratze

Treppensteigen       Selbstständig       mit Unterstützung       nicht möglich  
 Hilfsmittel vorhanden? \_\_\_\_\_

<u>Körperpflege</u>	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterst.
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/ Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß/ Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen/ waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Baden/ Duschen       Selbstständig       braucht Hilfe       komplett hilfsbedürftig  
 Wöchentlich       Täglich

Urinkontrolle       kontinent       teilweise inkontinent (z.B. nachts)  
 inkontinent  
 Hilfsmittel vorhanden?  Windeln       Vorlagen       Urinflasche  
 Katheter       Bettpfanne  
 suprapubischen Katheter

Stuhlkontrolle       kontinent       teilweise inkontinent (z.B. nachts)  
 inkontinent  
 Hilfsmittel vorhanden?  Bettpfanne       Anus Praeter       Windeln

An-/ auskleiden       Selbstständig       braucht Hilfe       komplett hilfsbedürftig

# ActioVita GmbH

Essen/ Trinken

- Selbstständig       braucht Hilfe z. B. beim Schneiden  
 komplett hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen

- Keine       hat Störungen       PEG Sonde  
 Nahrungskarenz       Trinkkarenz

Diät

- Keine  
 Ja (welche): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ein-/ Durchschlafen

- Keine Probleme       Sporadisch       Schlaf-/Wachrhythmus gestört

Steht der Patient nachts auf?  nein     1 Mal     2 - 3 Mal     mehr als 3 Mal  
Bekommt er/ sie Schlafmittel?  Ja                       Nein

Aktuelle Therapien

- keine       Krankengymnastik       Logopädie  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Wie ist der Patient von Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung)

(Hobbys, Tagesablauf, Rituale (Aufstehen Zubettgehen), Sonstiges, Individuelle Hilfestellung)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# ActioVita GmbH

## Anforderungen und Rahmenbedingungen an die Betreuungskräfte

### Geschlecht

Frau       Mann       egal

qualifizierte Fachkraft       Betreuerin/ Hauswirtschaftskraft

### Alter

20 - 30 Jahre       30 - 40 Jahre  
 40 - 50 Jahre       älter als 50 Jahre  
 egal

### Sprachkenntnisse

1 (sehr gut)       2 (gut)       3 (befriedigend)  
 4 (ausreichend)       5 (schwach)

### Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an unsere Mitarbeiterin?

(Charakter, Eigenschaften, Körperliche Belastbarkeit)

---

---

---

---

## Rahmenbedingungen

### Lage

Großstadt - zentral       Großstadt – abgelegen  
 Kleinstadt       Dorf       Ländlich

### Wohnsituation

Einfamilienhaus       Mehrfamilienhaus       Wohnung  
m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

### Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß)

ca. 10 min.       ca. 20 min.       ca. 40 min.  
 1 Stunde       länger als 1 Stunde

## Ausstattung des Zimmers für den/die Mitarbeiter/in

eigenes Bad       Bett       Tisch       Schrank       Radio       TV

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

## Arbeitspensum und Freizeitregelung

### Einsatzzeit

ca. 6 Std. Betreuung/Tag       ca. 8 Std. Betreuung/Tag  
 ca. 10 Std. Betreuung/Tag

### Nachteinsätze

nein       ab und zu       häufig       jede Nacht

# ActioVita GmbH

Freizeit

- 2 Stunden pro Tag  ½ -1 Tag pro Woche  
 nach Absprache

Dauer des Einsatzes

- 1-2 Monate  3 - 12 Monate  3 Monate und länger

Geplanter Beginn des Einsatzes:

Zusätzliche Voraussetzungen

Haustiere

- Keine  ja, welche: \_\_\_\_\_  
Sollen die Haustiere mitversorgt werden?  ja  nach Bedarf  nein

Kochen/ Essenvorbereitung

- immer  gelegentlich  nein

Waschen

- immer  gelegentlich  nein

Bügeln

- immer  gelegentlich  nein

Begleitung bei Arztbesuchen?

- immer  gelegentlich  nein

Gibt es eine Haushaltshilfe?

- nein  ja

Wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz? \_\_\_\_\_

Welche weitere Hilfe/Hilfen benötigt der Patient im Haushalt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was ist Ihnen außerdem noch wichtig? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen**

per Fax:

**06471-94072**

per Post:

**ActioVITA GmbH  
Viehweg 15  
35781 Weilburg**

per eMail:

**info@actiovita.de**