

# Fragebogen zur Ermittlung des Pflege- und Betreuungsbedarfs



Rücksendung:

per E-Mail

an [info@lichtblickpflege.de](mailto:info@lichtblickpflege.de)

per Fax

an 05206 705 19 89

per Post

an **LichtblickPflege KG**  
Heidsieker Heide 60  
33739 Bielefeld

*Haben Sie Fragen? Tel. 05206 705 19 86*

## 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

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
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

☐

Eigenes Bad für Pflegekraft vorhanden

Garten

☐

Ja

☐

Nein

Haustiere

☐

Ja

☐

Nein

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

Lage

☐

Großstadt - zentral

☐

Großstadt - abgelegen

☐

Kleinstadt

☐

Dorf (sehr ländlich)

Einkaufs-

☐

Zu Fuß gut erreichbar

☐

Mit Bus gut erreichbar

möglichkeiten

☐

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 ☐ Grad 1 ☐ Grad 2 ☐ Grad 3 ☐ Grad 4 ☐ Grad 5  
☐ Nein ☐ 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-/Darmerkrankung
<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-/Kreislaferkrankung	<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)

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

## **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 Schlusserklärung

Wie sind Sie auf das Unternehmen LichtblickPflege aufmerksam geworden?

☐ Internet ☐ Zeitung ☐ Sonstiges \_\_\_\_\_

☐ Empfehlung von \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe)

Die von Ihnen gemachten Angaben dienen ausschließlich als Grundlage für die sorgfältige und individuelle Auswahl einer geeigneten Pflegekraft. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt.