

# Bedarfsbogen

---

## 1. Zu betreuende Person (Leistungsempfänger)

Name, Vorname : \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer : \_\_\_\_\_

PLZ, Ort : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Größe und Gewicht : \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ Kg

Pflegestufe :     Keine     1     2     3     Härtefall

Eingeschränkte Alltagskompetenz:     Ja     Nein

## 2. Angaben zur Pflegebedürftigkeit :

Ist ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?     Ja     Nein

Soll der ambulante Pflegedienst weiterhin kommen?     Ja     Nein

Wird bei der Mobilisierung Unterstützung benötigt?     Ja     Nein

Beim Aufstehen     Beim Gehen     Beim Treppensteigen

Im Bett

## Wie ist die Mobilität der zu betreuenden Person?

Uneingeschränkte Mobilität

Leicht gehbehindert

Rollator fähig

Rollstuhlfähig

Bettlägerig

## Muss ein Transfer erbracht werden?

Selbstständig

Hilft mit

Nicht möglich

Muss angehoben werden

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Um welche Krankheiten handelt es sich bei der zu betreuenden Person?**

- Altersbedingte Schwäche
- Diabetes
- Parkinson
- Schlaganfall
- Osteoporose
- Rheuma
- Hypertonie
- Multiple Sklerose
- Herzrhythmusstörung
- Herzinfarkt
- Herzinsuffizienz
- Tumor /Krebserkrankung :
- Alzheimer
- Demenz:  Leicht  Mittel  Schwer
- Sonstige : \_\_\_\_\_
- Allergien: \_\_\_\_\_

- Asthma
- COPD
- Blindheit
- Chronische Durchfälle
- Blasen Katheter/SPF
- Dekubitus
- Inkontinenz
- Stoma
- PEG
- Depression
- Unfall/Sturz
- Schwerhörig

**Liegt eine ansteckende Krankheit vor?**  Ja  Nein

**Wenn ja, welche?**  MRSA  HIV  ESBL  Hepatitis

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Wie ist der geistige Zustand der zu betreuenden Person?**

- Klar  Verwirrt  Aggressiv
- Teilweise Orientiert  Teilnahmslos  Apathisch

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Welche Hilfsmittel benötigt die zu betreuende Person?**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Rollstuhl                  | <input type="radio"/> Hörgerät        |
| <input type="radio"/> Rollator                   | <input type="radio"/> Pflegebett      |
| <input type="radio"/> Badewannensitz             | <input type="radio"/> Treppenlift     |
| <input type="radio"/> Gehstützen                 | <input type="radio"/> Patientenlifter |
| <input type="radio"/> Toilettenstuhl             |                                       |
| <input type="radio"/> Andere Hilfsmittel : _____ |                                       |

**3. Angaben zur Pflegeunterstützenden Maßnahmen ?**

**Körperpflege :**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Selbständig     | <input type="radio"/> Teilweise selbständig   |
| <input type="radio"/> Unter Anleitung | <input type="radio"/> Komplette Unterstützung |

**Baden/ Duschen :**

- |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Selbstständig | <input type="radio"/> Braucht Hilfe | <input type="radio"/> Kompletts hilfsbedürftig |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|

**An-/ Auskleiden :**

- |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Selbstständig | <input type="radio"/> Braucht Hilfe | <input type="radio"/> Kompletts hilfsbedürftig |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|

**Essen/ Trinken :**

- |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Selbstständig | <input type="radio"/> Braucht Hilfe | <input type="radio"/> Kompletts hilfsbedürftig |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|

**Kau- und Schluckstörungen :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Keine              |  |
| <input type="radio"/> Ja, welche : _____ |  |

**Urinkontrolle :**

- |                                    |   |                                   |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Kontrolliert | <input type="radio"/> Teilweise Inkontinenz | <input type="radio"/> Inkontinenz |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|

**Stuhlkontrolle :**

- |                                    |   |                                   |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Kontrolliert | <input type="radio"/> Teilweise Inkontinenz | <input type="radio"/> Inkontinenz |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|



**Gewünscht Sprachkenntnisse:**

**Mit geringen Kenntnissen der deutschen Sprache:**

Es werden einfache Worte und sehr einfache Sätze verstanden. Es wird kaum gesprochen. Sehr eingeschränkte Kommunikation.

**Mit einfachen Kenntnissen der deutschen Sprache:**

Einfache Sätze und Zusammenhänge werden verstanden. Es wird mit einzelnen Worten gesprochen.

**Mit guten Kenntnissen der deutschen Sprache:**

Gute Kenntnisse der Deutschen Sprache. Kommunikative Verständigungen in routinemäßigen Situationen, es wird mit zusammenhängenden Sätzen gesprochen.

**Mit sehr guten Kenntnissen der deutschen Sprache:**

Gute bis sehr gute Deutschkenntnisse. Alltägliche Situationen werden sicher bewältigt, es findet ein normales Alltagsgespräch statt.

**6.Sonstige Hilfestellung**

**Haustiere :**

Keine                       Ja, welche ? \_\_\_\_\_

Sollen die Haustiere mitversorgt werden:

Ja                       Nach Bedarf                       Nein

**Kochen/ Essenvorbereitung :**

Immer                       Gelegentlich                       Nein

**Waschen/ Bügeln:**

Immer                       Gelegentlich                       Nein

**Begleitung bei Arztbesuchen :**

Immer                       gelegentlich                       Nein

**7. Leben weitere Person im Haushalt z.B. Ehemann/Ehefrau, Angehörige ?**

Ja \_\_\_\_\_  Nein

**Muss eine dieser Person ebenfalls betreut werden?**  Ja  Nein

**Falls ja :** Name und Vorname \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Pflegestufe :**  Keine  1  2  3

**Bestünden dieser Person gegenüber dieselben Pflegeleistungen?**  Ja  Nein

**Wenn ja, in welcher Form soll diese Versorgt werden:**

---

---

---

---

**8.Rahmenbedingungen**

**Rahmenbedingungen – Lage :**

Großstadt- zentral  Großstadt- Vorort  Kleinstadt  
 Dorf  Ländlich

**Wohnsituation :**

Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  Wohnung  
mit \_\_\_\_\_qm, Anzahl der Zimmer \_\_\_\_\_,  Mit Garten

**Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß) :**

ca. 10 min  ca.20 min  ca.40 min  
 1 Stunde  Länger als eine Stunde

**Angaben zu den Rahmenbedingungen :**

Separates Zimmer  Eigene Wohnung  
 Eigenes Bad  Bett  TV  
 Internetzugang  Telefonflat  Radio

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



**11. Informationen zum Ansprechpartner :**

Name, Vorname : \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer : \_\_\_\_\_

PLZ, Ort : \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_

Mobil : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad : \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind.  
Unvollständige oder unrichtige Angaben können zu Mehrkosten führen.

Diese Angabe muss bestätigt werden, um das Formular versenden zu können.