



Das Ausfüllen des Fragebogens ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keinem Auftrag oder Vertragsabschluss und auch zu keiner Zahlung. Wir benötigen diesen ausgefüllten Fragebogen, um Ihnen ein detailliertes Angebot unsererseits erstellen zu können.

Zurück senden an: **Poloniapflege 24 – Marie-Curie-Weg 26 – D-30855 Langenhagen**  
**Telefon +49 (0) 511 / 7693737 – Fax +49 (0) 511 / 45 79 85 48 –**  
**E-Mail: info@poloniapflege24.de**

## Bedarfsfragebogen

### Persönliche Angaben

**Beginn der Leistung** Fixtermin circa Angabe

#### Angaben zur betreuenden Person

Vorname

Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Mobil-Nummer

Geburtsdatum

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Lebt die zu betreuende Person alleine?

Ja

nein

Wenn nein: Wer ist Mitbewohner?

Wenn nein: Ist der Mitbewohner auch hilfsbedürftig?  
(Wenn ja, bitte einen zweiten Bedarfsfragebogen ausfüllen.)

Ja

nein

#### Angaben zur Kontaktperson

Vorname

Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Mobil-Nummer

E-Mailadresse

Beziehungsebene zur betreuenden Person?

Ehepartner

Tochter / Sohn

Enkel / in

Gesetzl. Betreuer/in

Andere



## Fragen zu den gesundheitlichen Einschränkungen

### Diagnosen

Gehschwäche	Asthma	beginnende Demenz	Diabetes
Schlaganfall	Osteoporose	Demenz	Diabetes insulinpflichtig
Herzrhythmusstörungen	Rheuma	Alzheimer	Allergien
Herzinsuffizienz	Dekubitus	Depression	chronische Durchfälle
Hypertonie	Inkontinenz	Parkinson	Tumor
Herzinfarkt	Stoma	Multiple Sklerose	COPD
Sonstige Diagnosen			

### Probleme in der Kommunikation

Sprache	keine	mäßige	massive
Hörvermögen	keine	mäßige	massive
Sehkraft	keine	mäßige	massive
Hilfsmittel	Brille	Hörgerät	
Anmerkungen			

### Probleme in der Orientierung

Zeitliche	keine	gelegentlich	massive
Örtliche	keine	gelegentlich	massive
Persönliche	keine	gelegentlich	massive
Situative	keine	gelegentlich	massive
Bewusstsein (Gedächtnis)	keine	gelegentlich	massive
Auswahl der Kleidung	keine	gelegentlich	massive
Anmerkungen			

## Motorische Einschränkungen

	selbständig	bedingt selbständig	teilweise selbständig	unselbständig
Hinlegen – Aufstehen				
Hinsetzen – Aufstehen				
Stehen				
Gehen				
Umgang mit Gehhilfen				
Umgang mit Rollstuhl				
Transfer (Umsetzen)				
Lagern im Bett (Umdrehen)				

Anmerkungen

Hilfsmittel				
	Gehstock	Toilettensitzerhöhung	Dekubitusmatratze	
	Rollator	Toilettenstuhl	Pflegebett	
	Patientenlifter	Duschstuhl/-hocker	Treppenlift	
	Rollstuhl	Badewannenlifter		

## Körperpflege

	selbständig	bedingt selbständig	teilweise selbständig	unselbständig
Waschen am Waschbecken				
Waschen im Bett				
Mund-/Zahn-/Prothesenpflege				
Intimpflege n. Ausscheidung				
Haarpflege				
Rasieren				
Hautpflege				
Nagel-/Fußpflege				
Baden/Duschen				
Wie oft pro Woche?				
Anmerkungen				



### Ausscheidungen

Harninkontinenz	nein	gelegentlich	immer
Stuhlinkontinenz	nein	gelegentlich	immer
Hilfsmittel	Windeln	Vorlagen	Urinflasche
	Katheter	suprapubischer Katheter	sonstige

Anmerkungen

### Nahrungsaufnahme

Probleme beim Essen	ja	nein
Kau-/ Schluckstörungen	ja	nein
Wenn ja, welche?		
PEG-Sonde	ja	nein
Diätvorschriften	ja	nein
Wenn ja, welche Diäten?		
Probleme beim Trinken	ja	nein
Trinkmenge	normal	braucht Anregung

Anmerkungen

### Nachtruhe

Nachtruhe	von ca.	Uhr	bis ca.	Uhr
Schläft durch?	Ja	nein		
Wenn nein, steht wie häufig nachts auf?		1 Mal	2-3 Mal	mehr als 3 Mal
Wenn nein, benötigt Unterstützung?		ja	nein	
Werden Schlafmittel eingenommen?		ja	nein	

Anmerkungen

### Aktuelle Therapien

Befindet sich die zu betreuende Person in Therapie	ja	nein	
	Physiotherapie	Logopädie	Ergotherapie

Sonstige Therapien

### Freizeit und Beschäftigung

Tagesgestaltung                      selbständig                      unter Anleitung                      unselbständig

Kann sich beschäftigen            selbständig                      unter Anleitung                      unselbständig

Ehemalige berufliche Tätigkeit

Hobby- und Interessenbeschreibung

Außenaktivitäten

Tagesrhythmus bestimmende Tätigkeiten

### Medikamenteneinnahme

Einnahme erfolgt                      selbständig                      unter Aufsicht                      unselbständig

### Wesen und Charakter

Wie ist die zu betreuende Person vom Wesen und Charakter? (lieb, ruhig, aufgeschlossen, anspruchsvoll o.ä.)

### Ansteckende Krankheiten

Sind ansteckende Krankheiten oder Keime wie z.B. MRSA bekannt?                      Ja                      nein

Welche Krankheiten oder Keime?



### Haustiersversorgung

Sollen Haustiere mitversorgt werden?                      ja                      nein                      nach Bedarf

Um welche Tiere handelt es sich?

## Wohnsituation der zu betreuenden Person

### Wohnlage

Stadt – zentral                      Stadt – abgelegen                      Dorf                      Ländlich

### Wohnumgebung

Einfamilienhaus                      Mehrfamilienhaus                      Wohnung                      sonstige

### Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.:

unter 15 min.                      unter 30 min.                      mehr als 30 min.

Anmerkungen

### Zusätzliche Ausstattung des Zimmers (Bett und Kleiderschrank und Bad Mitbenutzung sind vorausgesetzt)

Eigenes Bad                      TV                      Internet/WLAN (ist erwünscht)                      Internet-Stick

Anmerkung

### Private Telefonnutzung der Betreuungskraft wird wie folgt gewährt (entfällt wenn Internet vorhanden ist)

Festnetz (10 Euro/Monat)                      Countryselect Flat (ca. 5 Euro/Monat)                      Betreuerhandy (10 Euro/Monat prepaid)

Anmerkungen

## Anforderung an die Betreuungskraft

**Geschlecht**                      keine Präferenz                      Frau                      Mann

**Sprachkenntnisse**                      keine Präferenz  
Geringe                      Mittlere                      Gute

**Führerschein**                      keine Präferenz                      nein                      ja, mit Fahrpraxis

Wenn Auto vorhanden                      Schaltgetriebe                      Automatik  
Marke/Modell



**Alter in Jahren**

keine Präferenz

Alterswunsch

20-30

40-50

30-40

älter als 50

**Raucher/in**

keine Präferenz (geraucht wird grundsätzlich im Außenbereich)

ja

nein (Raucher nicht erwünscht)

**Erwartungen**

Welche Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

Hatten Sie schon einmal eine 24-Stunden-Betreuungskraft beauftragt?

ja

nein

Wenn ja – wie wurde diese vermittelt?

privat vermittelt

Vermittlungsagentur

ZAV

Bundesagentur für Arbeit

Wie sind Sie auf die Poloniapflege24 aufmerksam geworden?

Internet (Google)

Printmedien

Werbe Flyer

Arztpraxis

Pflegedienst

Sozialstation

Empfehlung von

**Schlussklärung**

Ich bitte Sie, den Fragebogen zu unterschreiben, damit bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben und nicht den Abschluss eines Auftrages. Die Unterschrift unter diesen Fragebogen verpflichtet Sie zu nichts – diese Serviceleistung ist kostenlos und dient dem Zweck der Beratung und Suche nach einer geeigneten Betreuungskraft. Das Angebot, welches wir aus den von Ihnen in diesem Fragebogen getätigten Angaben erstellen – ist für Sie unverbindlich und kostenfrei.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden von uns vertraulich behandelt. Die übermittelten personenbezogenen Daten werden von unserer Agentur nur zum Zweck der Angebotserstellung verwendet. Die Weitergabe an Dritte bzw. die Verwendung zu Werbezwecke wird hiermit ausdrücklich ausgeschlossen. Wenn es zu keiner Auftrags-Erteilung kommt, wird dieser Fragebogen nach 2 Monaten vernichtet.

\*\*\*\*\*

Ich versichere – dass die von mir gemachten Angaben nach besten Wissen vollständig und richtig beantwortet wurden. Unvollständige oder falsche Angaben führen nachträglich zu einer Änderung des Angebots und sind ggf. mit Mehrkosten verbunden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift