

## Anforderungsbogen

### Angaben zum Auftraggeber (Kontaktperson)

**Name:** .....

Vorname: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

### Angaben zur betreuenden Person (Leistungsempfänger)

**Geschlecht**                       männlich                       weiblich

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Größe: .....

Gewicht: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

**Telefon:** .....

### Wohnsituation

Wohnung                       1 Familienhaus                       Mehrfamilienhaus

Wohnen Verwandte mit im Haus?                       ja     nein

Wohnt die zu betreuende Person alleine im Haushalt?                       ja     nein

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?                       ja     nein

Falls „ja“ – wie viele? .....

**Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes** .....

### Angaben zur Pflegestufe

beantragt/aktuell                       Härtefall                       keine Pflegestufe

Pflegestufe:                       0     1     2     3

Ist ein Pflegedienst beauftragt?                       ja     nein

Wird der Pflegedienst weiterhin benötigt?                       ja     nein

### Angaben zum Nachtrhythmus

Leidet die/der zu Betreuende an Schlafstörungen?                       ja     nein

Einschlafen:                       gut     teilweise     schlecht

Durchschlafen:                       gut     teilweise     schlecht

Schlafmittel:                       ja     nein

Einsätze in der Nacht                       0                       1 - 2                       3 - 4                       > 4

## Anforderungsbogen

### Angaben zu Krankheiten

Leidet der Patient an ansteckenden Krankheiten?  ja  nein

Falls „ja“ welche? .....

Krankheitsbilder:

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien                  | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt  |
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz   |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                  | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung  |
| <input type="checkbox"/> Asthma                     | <input type="checkbox"/> Osteoporose  |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle      | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Parkinson  |
| <input type="checkbox"/> Tumor                      | <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links        |
| <input type="checkbox"/> Demenz                     | Demenzgrad: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer |

Sonstige Krankheiten .....

### Angaben zur Pflegeanamnese

#### Kommunikation

|              |                              |                                |   |
|--------------|------------------------------|--------------------------------|---|
| Sprache:     | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörvermögen: | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Sehkraft:    | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> massive Probleme |

#### Hilfsmittel

|           |                             |                               |
|-----------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hörgerät: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Brille:   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

#### Orientierung

|             |                              |                                    |   |
|-------------|------------------------------|------------------------------------|---|
| Zeitlich:   | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Örtlich:    | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Persönlich: | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive Probleme |

#### Bewegung

selbstständig  mit Unterstützung  überwiegend im Rollstuhl  bettlägerig

Hilfsmittel: .....

#### Treppensteigen

selbstständig  mit Unterstützung  nicht möglich

#### Transfer Bett/Rollstuhl

selbstständig  hilft mit  komplett Hilfsbedürftig  bettlägerig/kein Transfer

Hilfsmittel:

Pflegebett  Lift  Dekubitus Matratze  Rollstuhl  Rollator

#### Baden/Duschen

selbstständig  braucht Hilfe  vollständig Hilfsbedürftig

Hilfsmittel:  Badewannenlift  Toilettenstuhl

Weitere Hilfsmittel: .....

## Anforderungsbogen

### Körperpflege

|                         | selbstständig            | teilweise selbstständig  | unter Anleitung          | vollständige Unterstützung |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 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"/>   |

### Urinkontrolle

kontinent     
  teilweise inkontinent (nachts)     
  inkontinent

Hilfsmittel: .....

### Stuhlkontrolle

kontinent     
  teilweise inkontinent (nachts)     
  inkontinent

Hilfsmittel: .....

### An-/Auskleiden

selbstständig     
  mit Unterstützung     
  vollständig Hilfsbedürftig

### Essen/Trinken

selbstständig     
  mit Unterstützung     
  vollständig Hilfsbedürftig

### Kau- und Schluckstörungen

keine     
  Störungen     
  PEG Sonde  
 Nahrungskarenz     
  Trinkkarenz

### Diät

keine     
  ja, welche: .....

### Angaben zur Behandlung/Therapie

Ergotherapie:       ja       nein  
 Musiktherapie:       ja       nein  
 Beschäftigungstherapie:       ja       nein  
 Logopädie:       ja       nein  
 Krankengymnastik:       ja       nein

Sonstige: .....

## Anforderungsbogen

### Haustiere

nein       ja, welche .....

.....

Sollen Haustiere mitversorgt werden?

ja       nach Bedarf       nein

### Hobbies und Interessen der zu betreuenden Person

Kreuzworträtsel     Sudoku     Karten spielen     Spaziergänge

Sonstige:

.....

.....

.....

.....

### Welche Wesenszüge beschreiben die zu betreuende Person

offen     bestimmend     fordernd     zurückhaltend     depressiv     lieb

Sonstiges

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Anforderungsbogen

### Anforderungen an die Betreuungskräfte

#### Geschlecht

- irrelevant     
  Mann     
  Frau

#### Alter

- irrelevant     
  20 - 35     
  35 - 55     
  > 55

#### Sprachkenntnisse (Skala von 1/kaum bis 10/sehr gut)

- 1 - 3 (einfach)     
  4 - 6 (kommunikativ)     
  7 - 9 (gut)     
  10 (sehr gut)

#### Führerschein

- ja     
  ja (mit Fahrpraxis)     
  nein

#### Welche Erwartungen stellen Sie an unsere Mitarbeiter/innen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### Rahmenbedingungen

##### Lage

- Großstadt/zentral     
  Großstadt/Abgelegen     
  Kleinstadt     
  Dorf     
  ländlich

##### Einkaufsmöglichkeiten (Fußweg)

- ca. 10 min     
  ca. 20 min     
  Ca. 40 min     
  ca. 1 Stunde     
  > 1 Stunde

##### Ausstattung des Zimmers

- Bett     
  Tisch     
  Schrank     
  eigenes Bad  
 TV     
  Radio     
  Internetzugang     
  Computer  
 Telefonflat Polen

#### Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

Anforderungsbogen

**Welche weitere Hilfe benötigt die zu betreuende Person im Haushalt?**

---

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

---

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Auftraggeber

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Auftragnehmer

**Anforderungsbogen****Tagesablauf****Morgens** wecken um: ..... Uhr ausschlafen lassen

.....

.....

.....

**Vormittags**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Mittags**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Nachmittags**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Abends**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Nachts**

.....

.....

.....

.....