



## Bedarfsfragebogen

### 1. Allgemeine Angaben

#### Angaben zur Kontaktperson

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

#### Ihr Verhältnis zur pflegebedürftigen Person

- Ehepartner/in       Tochter/Sohn       Enkel/in  
 Gesetzl. Betreuer/in       Andere \_\_\_\_\_

#### Angaben zur pflegebedürftigen Person

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Geschlecht       männlich       weiblich

Geburtsdatum \_\_\_\_\_



Größe in cm \_\_\_\_\_

Gewicht in kg \_\_\_\_\_

Familienstand       verheiratet                       alleinstehend

Raucher               ja     nein

Aktuelle Einstufung durch Pflegeversicherung / Pflegegrad

keiner     1               2               3               4               5

Wenn kein Pflegegrad vorliegt, ist dieser beantragt?    ja               nein

Wenn ja, welcher Pflegegrad ist beantragt?

1               2               3               4               5

### Angaben zu den Wohnverhältnissen der zu betreuenden Person

Einfamilienhaus                       Mehrfamilienhaus                       Wohnung

Quadratmeter \_\_\_\_\_              Anzahl Zimmer \_\_\_\_\_

ländliche Umgebung               städtische Umgebung

Gibt es Mitbewohner?               ja               nein

Wenn ja, in welchem Verhältnis steht der Mitbewohner? \_\_\_\_\_

Wenn ja, ist der Mitbewohner auch hilfsbedürftig?    ja               nein

Barrierefreiheit     ja               nein

Nichtraucherhaushalt                                       ja               nein

Garten     ja               nein

Haustiere     ja               nein



Entfernung der Geschäfte des täglichen Bedarfs

- max. 1 km                       zwischen 1 und 5 km                       mind. 5 km

Hat die Betreuungskraft ein eigenes Zimmer?

- ja                       nein

Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft

- eigenes Bad     Bett     Schrank     Tisch     TV  
 Internetzugang     Computer     Abschließmöglichkeit

Kommunikationsmöglichkeiten für die Betreuungskraft

- Internet                       Festnetz     Festnetz mit Flatrate Ausland

ggf. weitere Anmerkungen zur Unterbringung

---

## 2. Angaben zum Gesundheitszustand

### Diagnostizierte Krankheiten

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hypertonie           | <input type="checkbox"/> Alzheimer                 | <input type="checkbox"/> Arthrose     |
| <input type="checkbox"/> Demenz               | <input type="checkbox"/> Osteoporose               | <input type="checkbox"/> Rheuma       |
| <input type="checkbox"/> geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose         | <input type="checkbox"/> Depression   |
| <input type="checkbox"/> Herzrythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz          | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt  |
| <input type="checkbox"/> Stoma                | <input type="checkbox"/> Dialysepatient            | <input type="checkbox"/> Parkinson    |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz          | <input type="checkbox"/> Tumor                     | <input type="checkbox"/> Allergien    |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus            | <input type="checkbox"/> Asthma                    | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> Sonstige     |

Details zum Stadium der diagnostizierten Krankheit (insb. bei Demenz oder Tumor etc.)

---



### Einschränkungen der Beweglichkeit

- uneingeschränkt mobil
- leicht gehbehindert
- rollatorfähig
- rollstuhlfähig
- bettlägerig

Leidet die pflegebedürftige Person an ansteckenden Krankheiten?

- ja                       nein

Wenn ja, welche?

### Einschränkungen der Kommunikation

- |          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| Sprechen | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Hören    | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Sehen    | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |

### Einschränkungen der Orientierung

- |            |  |  |  |
|------------|--|--|--|
| Zeitlich   | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Örtlich    | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Persönlich | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |

Anmerkungen

### Eingesetzte Hilfsmittel

- |                                      |   |   |                                   |
|--------------------------------------|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gehstock    | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Pflegebett       | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Duschhocker | <input type="checkbox"/> Rollstuhl      | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter |                                   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges   | _____                                   |   |                                   |

### Sonstige Behinderungen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz           | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz                 |
| <input type="checkbox"/> Probleme beim Essen       | <input type="checkbox"/> Probleme beim Trinken            |
| <input type="checkbox"/> Kau- und Schluckstörungen |   |
| PEG-Sonde  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| zusätzlicher Einsatz von ambulanten Pflegedienst   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, bitte aktuelle Häufigkeit angeben (pro Woche / pro Tag)

---

Welche Aufgaben werden derzeit durch den Pflegedienst übernommen?

---

### Aktuelle Therapien

- Logopädie       Physiotherapie       Ergotherapie

## 3. Angaben zum Pflegebedarf

### Regelmäßige nächtliche Hilfe

- nein  
 1x pro Nacht  
 2-3x pro Nacht  
 mehr als 3x pro Nacht

### Unterstützung bei Körperpflege

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Waschen am Waschbecken      | <input type="checkbox"/> Waschen im Bett  | <input type="checkbox"/> Mundhygiene    |
| <input type="checkbox"/> Intimpflege n. Ausscheidung | <input type="checkbox"/> Haarpflege       | <input type="checkbox"/> Rasieren       |
| <input type="checkbox"/> Hautpflege                  | <input type="checkbox"/> Nagel-/Fußpflege | <input type="checkbox"/> Baden, Duschen |

### Unterstützung bei Mobilität

- Aufstehen                       Gehen                                       Laufen  
 An- und Auskleiden               Zubettgehen

### Unterstützung bei Nahrungsaufnahme

- beim Essen                       beim Trinken

### Gewünschte Unterstützung im Haushalt

- Aufräumen                       Essensplanung  
 Waschen und Bügeln               Einkaufen  
 Reinigen                       Kochen  
 Blumen gießen                       Versorgung der Haustiere  
 Sonstige \_\_\_\_\_

### Sonstige gewünschte Unterstützung

- Begleitung zum Arzt               Spaziergehen                       Ausflüge  
 Weitere \_\_\_\_\_

### Hobbies und Interessen der pflegebedürftigen Person

\_\_\_\_\_

## 4. Anforderungen und Wünsche an die Betreuungskraft

Geschlecht       männlich               weiblich                       keine Präferenz

Raucher/-in       keine Präferenz       Nichtraucher erwünscht

gewünschtes Alter       keine Präferenz                       unter 35 Jahre  
                                     zwischen 35 und 50 Jahre               älter als 50 Jahre

Führerschein     nicht erforderlich    wünschenswert    unbedingt

Sprachkenntnisse    geringe                       mittlere                       gute

Befristung erwünscht                       ja                       nein  
Wenn ja, auf wie lange?

---

Gewünschtes Datum für den Beginn des Betreuungsverhältnisses

---

Besondere erwünschte Fähigkeiten

---

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet                       Freunde, Bekannte                       Arzt  
 Krankenhaus     Flyer     Pflegedienst  
 Beratungsstelle    Sonstiges \_\_\_\_\_

Wenn ja, welcher/e/es Arzt / Pflegedienst / Krankenhaus / Beratungsstelle?

---



- Ich bestätige, dass ich die obigen Angaben nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe.
- Ich erkläre mein Einverständnis, dass CURASENIO e.K. die in diesem Formular erhobenen persönlichen Daten im Rahmen der Bearbeitung meiner Anfrage verarbeitet und, soweit es für die Bearbeitung meiner Anfrage notwendig ist, an in- und ausländische Kooperationspartner weitergibt. Darüber hinaus akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, die einzusehen ist unter: <http://curasenio.de/datenschutz/>. Zudem versichere ich, zur Angabe und Weiterleitung der angegebenen persönlichen Daten über die pflegebedürftige Person berechtigt zu sein. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung der Anfrage von der CURASENIO e.K. kontaktiert zu werden.

---

Datum, Unterschrift

Den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen senden Sie bitte per Post, Fax oder Email an:

CURASENIO e.K.  
Eichhornstraße 1a  
81377 München

Fax: 089 71 000 309  
Email: [info@curasenio.de](mailto:info@curasenio.de)