



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"/> Herzrhythmusstörungen | <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 Vertragsvermittlung erforderlich ist, an in- und ausländische Kooperationspartner innerhalb der Europäischen Union weitergibt. Darüber hinaus akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, die einzusehen ist unter: <https://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. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen 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