

Fragebogen zum Hilfebedarf

Angaben zur antragstellenden Person

| | | | |
|---------|----------------------|-------------|----------------------|
| Name: | <input type="text"/> | Vorname: | <input type="text"/> |
| Straße: | <input type="text"/> | Hausnummer: | <input type="text"/> |
| PLZ: | <input type="text"/> | Ort: | <input type="text"/> |

Warum haben Sie den Pflegeantrag gestellt? Welche Erkrankungen (Diagnosen) liegen vor?

Bitte nur Erkrankungen / Diagnosen, die Sie einschränken, warum Sie Hilfe benötigen.

Waren Sie seit der letzten Begutachtung im Krankenhaus, wenn ja, warum?

Welche Hilfsmittel stehen zur Verfügung (benutzen Sie)?

(Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich)

| | | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Brille: | <input type="checkbox"/> | Inkontinenzprodukte: | <input type="checkbox"/> | Zahnprothese: | <input type="checkbox"/> |
| Hörgerät: | <input type="checkbox"/> | Duschstuhl: | <input type="checkbox"/> | Hausnotruf: | <input type="checkbox"/> |
| Unterarmgehstützen: | <input type="checkbox"/> | Blutzuckermessgerät: | <input type="checkbox"/> | Gehstock: | <input type="checkbox"/> |
| Urinflasche: | <input type="checkbox"/> | Badewannenlift: | <input type="checkbox"/> | Rollator: | <input type="checkbox"/> |
| Rollstuhl: | <input type="checkbox"/> | Pflegebett: | <input type="checkbox"/> | Kompressionsstrümpfe: | <input type="checkbox"/> |
| Toilettenstuhl: | <input type="checkbox"/> | Sauerstoffkonzentrator: | <input type="checkbox"/> | Toilettensitzerhöhung: | <input type="checkbox"/> |

Weitere Hilfsmittel?

Waren Sie in den letzten 4 Jahren in einer Rehabilitation (Kur)?

Wenn ja, wann? Wo?

Ihre Körpergröße (cm)? Ihr Körpergewicht (kg)?

Haben Sie in dem letzten halben Jahr ungewollt an Gewicht abgenommen?

Wenn ja, wieviel kg?

Bestehen bei Ihnen körperliche Einschränkungen?

Können Sie die Hände...

- ...in den Nacken legen? Ja Nein
- ... zum Gesäß führen? Ja Nein
- ...im Sitzen zu den Füßen führen? Ja Nein

Können Sie gehen? Ja Nein mit Hilfsmittel mit Hilfsperson

Können Sie Treppen steigen? Ja Nein mit Hilfsperson

Können Sie Knöpfe schließen? Ja Nein

Können Sie selbstständig eine Getränkeflasche öffnen? Ja Nein

Bekommen Sie schlecht Luft, sind Sie kurzatmig beim Waschen oder An-/Ausziehen? Ja Nein

Bekommen Sie Sauerstoff? Ja Nein

Essen Sie ausreichend? Ja Nein

Trinken Sie ausreichend? Ja Nein

Leiden Sie unter Schluckstörungen? Ja Nein

Benötigen Sie Hilfe beim Schlucken? Ja Nein

Sind Sie mit einer Magensonde / PEG versorgt? Ja Nein

Haben Sie eine Schwäche der Blase ? Ja Nein

Haben Sie eine Schwäche des Darms ? Ja Nein

Benötigen Sie nachts Unterstützung? Ja Nein Wenn ja: wie häufig? X

Sind Sie schwerhörig? Ja Nein

Können Sie mit Ihren Hörgeräten hören? Ja Nein

Können Sie mit Ihrer Brille sehen? Ja Nein

Liegen geistige Beeinträchtigungen vor?

- Erkennen Sie vertraute Menschen (z.B. unmittelbare Familie)? Ja Nein
- Finden Sie sich in Ihrer Wohnung zurecht? z.B. Können Sie das Badezimmer finden?) Ja Nein
- Finden Sie bekannte Wege in der Stadt, wie z.B. Wege zum Supermarkt oder zum Hausarzt? Ja Nein
- Können Sie sich ohne Hilfe von anderen Menschen daran erinnern, was Sie gestern getan oder gegessen haben? Ja Nein
- Können Sie sich ohne Hilfe von anderen Menschen an früher erinnern? (Hochzeitsdatum, Beruf, Name der Eltern etc.) Ja Nein
- Brauchen Sie personelle Hilfe die richtige Reihenfolge beim Anziehen sowie beim Waschen einzuhalten? Ja Nein
- Helfen Ihnen andere Menschen, wenn Sie mit dem Arzt, der Bank oder mit Ämtern sprechen? Ja Nein
- Verstehen Sie Zeitungsinhalte und können Fernsehsendungen folgen? Ja Nein
- Können Sie Tageszeiten zuordnen (morgens, mittags, abends)? Ja Nein

Liegt bei Ihnen eine schwere Verhaltensauffälligkeit vor? Ja Nein

(aggressives oder abwehrendes Verhalten, ausgeprägte Panikattacken, Wahnvorstellungen, Verstecken und Horten von Gegenständen, rastloses Gehen, Kotschmieren)?

Wenn ja, wie häufig?

täglich mehrmals wöchentlich 1-2x im Monat 1x im Quartal

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie die Verhaltensauffälligkeit und die Hilfe, die Sie bekommen:

Liegt bei Ihnen eine ärztlich diagnostizierte psychische Erkrankung vor? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wie oft besuchen Sie eine Arztpraxis?Bei Bedarf Wöchentlich täglich Alle 3 Monate **Sie benötigen Hilfen bei?**

Sie benötigen Hilfe bei:

Wie oft am Tag

Wie oft im Monat

Anzahl der Tabletten

Nein

Medikamentengaben:

Sonstiges (z.B. Versorgung Stoma, Absaugen, Wundverbände, Spritzen etc. Bitte geben Sie an, wie häufig am Tag oder in der Woche):**Sind Sie aktuell für länger als 6 Monate in einer der folgenden Therapien?**

| | Wie oft in der Woche | Wie oft im Monat | Zuhause | In der Praxis |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Physiotherapie (Alltagstraining) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ergotherapie (Alltagstraining) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Logopädie (Sprech- u. Schlucktraining) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Podologie (med. Fußpflege) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Wer sind Ihre Pflegepersonen (Menschen, die Ihnen helfen)?

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Wie viel Tage in der Woche? Tage pro Woche

Wie viel Stunden in der Woche? Stunden in der Woche

Weitere Person?

Name:

Vorname:

Wie viel Tage in der Woche? Tage pro Woche

Wie viel Stunden in der Woche? Stunden in der Woche

**Wenn wir Rückfragen zum Fragebogen haben, möchten wir Sie gerne anrufen.
Sollten Sie Sprach- oder Hörprobleme haben oder nicht persönlich mit uns sprechen können,
nennen Sie uns gerne eine Ansprechperson?**

Name:

Vorname:

Telefonnummer:

Erreichbarkeit:

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Name:

Vorname:

Ort, Datum

Unterschrift