



# Betreuungsbedarfsbogen

Um Ihnen ein Angebot zu erstellen und die passende ergänzende Betreuungskraft zu finden, bitten wir Sie diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen und uns zurück zu senden:

**per Post:** Betreuungsagentur Bayern – Landauer Str. 58 – 94447 Plattling  
**per Fax:** 0 99 31 – 90 79 62  
**per Mail:** [info@betreuung-bayern.com](mailto:info@betreuung-bayern.com)

	Pflegedienst	Weiterempfehlung	Internet	sonstige
<b>Kontaktquelle:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kontaktname:** \_\_\_\_\_

**Betreuungsbeginn:** So bald als möglich (5-7 Werktage)  Datum: \_\_\_\_\_

## Informationen zum Pflegebedürftigen

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße, PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Anzahl Personen im Haushalt:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm

**Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

## Kontaktperson

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße, PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Mobil:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Verhältnis zum Pflegebedürftigen:** \_\_\_\_\_



# Betreuungsbedarfsbogen

## Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten

### Probleme in der Kommunikation

	keine	leicht	stark
<b>Hören:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine	leicht	stark
<b>Sprechen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine	leicht	stark
<b>Sehen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Brille	Hörgerät	
<b>Hilfsmittel:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Probleme in der Orientierung

	keine	gelegentlich	massiv
<b>Zeitliche:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine	gelegentlich	massiv
<b>Örtliche:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine	gelegentlich	massiv
<b>Persönliche:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine	gelegentlich	massiv
<b>Gedächtnis:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Mobilität & Beweglichkeit

	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
<b>Hinlegen – Aufstehen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
<b>Hinsetzen – Aufstehen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
<b>Stehen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
<b>Gehen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
<b>Umgang mit Gehhilfen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
<b>Umgang mit Rollstuhl</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
<b>Lagern im Bett (Umdrehen):</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig		
<b>Transfer (Umsetzen):</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Gehstock	Rollator	Patientenlift	Rollstuhl	Toilettensitz	Toilettenstuhl
<b>Hilfsmittel:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





# Betreuungsbedarfsbogen

## Körperpflege

	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
<b>Waschen am Becken:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
<b>Waschen im Bett:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
<b>Mund-/Zahnpflege:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
<b>Intimpflege:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
<b>Haarpflege:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
<b>Rasieren:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
<b>Hautpflege:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
<b>Nagel-/Fußpflege:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbständig	bedingt selbständig	teilw. unselbständig	unselbständig
<b>Baden/Duschen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Betreuungs- und Pflegebedarf/Wohnsituation

	keinen	1	2	3	4	5
<b>Welchen Pflegegrad hat der Pflegebedürftige?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einfamilienhaus	Mehrfamilienhaus	Wohnung			
<b>Wohnumgebung:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	unter 15 Min.	unter 30 Min.	mehr als 30 Min.			
<b>Einkaufsmöglichkeiten:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		ja				nein
<b>Eigenes Zimmer vorhanden:</b>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
		ja				nein
<b>Internet vorhanden:</b>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
<b>Haustiere:</b>	_____					



# Betreuungsbedarfsbogen

## Anforderung an die Betreuungskraft

<b>Geschlecht:</b>	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>	egal <input type="checkbox"/>
<b>Alter:</b>	30-40 <input type="checkbox"/>	40-50 <input type="checkbox"/>	ab 50 <input type="checkbox"/>
<b>Sprachkenntnisse:</b>	ausreichend <input type="checkbox"/>	befriedigend <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>
<b>Rauchen:</b>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja nur draußen <input type="checkbox"/>
<b>Erwartungen:</b>	<hr/> <hr/>		

## Verbindliche Unterschrift zwingend notwendig

### 1. Datenschutzerklärung / Einverständniserklärung

Hiermit willige ich in die Erhebung und Verarbeitung der von mir angegebenen Personalangaben und Gesundheitsdaten durch die Betreuungagentur Bayern und deren Kooperationspartner zum Zwecke der Erbringung von Betreuungsdienstleistungen ein. Die Betreuungagentur Bayern nimmt den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst und hält sich bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung strikt an geltendes Datenschutzgesetz sowie datensicherheitsrechtliche Bestimmungen. Ihre Daten werden lediglich zur zweckbestimmten Nutzung gespeichert. Ausführliche Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer Homepage:

[www.betreuung-niederbayern.de](http://www.betreuung-niederbayern.de)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_