

Bezirk Mittelfranken
Sozialreferat AB 25
Danziger Straße 5
91511 Ansbach

Fragebogen Pflegebedarfsermittlung

Name, Vorname der leistungsberechtigten Person :	
Geburtsdatum:	Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort
Telefonnummer: <i>(bitte unbedingt angeben für mögliche Rückfragen!)</i>	
Ist eine Kommunikation in deutscher Sprache möglich? <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	

Leben weitere Personen im Haushalt? JA / NEIN

Wenn **JA**, geben Sie bitte die Person/-en an: *

Name, Vorname der in der Gemeinschaft lebenden Person :	
Geburtsdatum:	Verwandtschaftsgrad: <input type="checkbox"/> Ehepartner/Lebenspartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstige:
Telefonnummer:	
Hat die genannte Person einen Pflegegrad? <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	
Wird diese Person ebenfalls durch Ihren Pflegedienst versorgt? <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	
Wenn JA , wie oft <u>am Tag oder in der Woche</u> ist der Pflegedienst bei dieser Person tätig?	

*Sollten weitere Personen im Haushalt leben, bitte um kurze gesonderte Mitteilung der Daten

Private Pflegeperson 1: **

Name, Vorname der <u>privaten</u> Pflegeperson 1:	
Geburtsdatum:	Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort
Telefonnummer: Datenschutz (bitte unbedingt angeben für mögliche Rückfragen!)	
Berufstätigkeit: <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	

Private Pflegeperson 2: **

Name, Vorname der <u>privaten</u> Pflegeperson 2:	
Geburtsdatum:	Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort
Telefonnummer: (bitte unbedingt angeben für mögliche Rückfragen!)	
Berufstätigkeit: <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	

**Sollten weitere Pflegepersonen tätig sein, bitte um kurze gesonderte Mitteilung der Daten

Tätigkeiten Ihrer privaten Pflegeperson/-en:

Bitte kreuzen Sie an, in welchem Bereich Sie Unterstützung durch Ihre **privaten** Pflegeperson/-en benötigen und geben Sie die Häufigkeit **am Tag** oder in der Woche an (z. B. 2 x tgl. oder 3 x wöch.):

<input type="checkbox"/> Aufstehen/zu Bett gehen:	<input type="checkbox"/> An-/Auskleiden:
<input type="checkbox"/> Lagern:	<input type="checkbox"/> An-/Ablegen v. Körperersatzstücken:
<input type="checkbox"/> Körperwäsche:	<input type="checkbox"/> Kämmen:
<input type="checkbox"/> Mund-,Zahn-, Prothesenpflege:	<input type="checkbox"/> Rasieren:
<input type="checkbox"/> Hautpflege:	<input type="checkbox"/> Haar-/Nagelpflege:
<input type="checkbox"/> Baden/Duschen:	<input type="checkbox"/> Blasen- und/oder Darmentleerung:
<input type="checkbox"/> Transfers:	<input type="checkbox"/> Betten machen/Wechsel der Bettwäsche:
<input type="checkbox"/> mundgerechtes Herrichten der Mahlzeiten:	<input type="checkbox"/> Stomaversorgung/Stomabeutel entleeren:
<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme:	<input type="checkbox"/> Verabreichung von Sondennahrung:
<input type="checkbox"/> Trinken:	<input type="checkbox"/> Begleitung bei Aktivitäten:
<input type="checkbox"/> Hilfe beim Verlassen/Aufsuchen der Wohnung:	<input type="checkbox"/> Zubereitung wärmer Mahlzeiten:
<input type="checkbox"/> Zubereitung Frühstück:	<input type="checkbox"/> Zubereitung Abendessen:
<input type="checkbox"/> Einkaufen:	<input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung:
<input type="checkbox"/> Wäscheversorgung:	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe:
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung:
<input type="checkbox"/> Insulingabe:	<input type="checkbox"/> Verbandwechsel:
<input type="checkbox"/> Inhalation:	<input type="checkbox"/>

Kurze stichwortartige Beschreibung von weiteren oben **nicht** aufgeführten Tätigkeiten:

Pflegedienst:

Name und Anschrift des versorgenden Pflegedienstes:
Telefonnummer:
Seit wann ist bzw. ab wann wird der Pflegedienst in die Versorgung eingebunden?
Datum:
Derzeit gültige Vertragsnummer AC/ TK: Aktuell Beitrittserklärung beifügen, falls noch nicht beim Bezirk Mittelfranken eingereicht.

Bitte geben Sie an, **wie häufig** der Pflegedienst **am Tag** oder in der Woche zu Ihnen kommt:

<input type="checkbox"/> 1 x täglich	<input type="checkbox"/> 1 x wöchentlich
<input type="checkbox"/> 2 x täglich	<input type="checkbox"/> 2 x wöchentlich
<input type="checkbox"/> 3 x täglich	<input type="checkbox"/> 3 x wöchentlich
<input type="checkbox"/> 4 x täglich	<input type="checkbox"/> 4 x wöchentlich
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ x täglich	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ x wöchentlich

Bitte kreuzen Sie an, in welchem Bereich Sie Unterstützung durch Ihren **Pflegedienst** benötigen und geben Sie die Häufigkeit **am Tag** oder in der Woche an (z. B. 2 x täglich oder 3 x wöchentlich):

<input type="checkbox"/> Aufstehen/zu Bett gehen:	<input type="checkbox"/> An-/Auskleiden:
<input type="checkbox"/> Lagern:	<input type="checkbox"/> An-/Ablegen v. Körperersatzstücken:
<input type="checkbox"/> Körperwäsche:	<input type="checkbox"/> Kämmen:
<input type="checkbox"/> Mund-,Zahn-, Prothesenpflege:	<input type="checkbox"/> Rasieren:
<input type="checkbox"/> Hautpflege:	<input type="checkbox"/> Haar-/Nagelpflege:
<input type="checkbox"/> Baden/Duschen:	<input type="checkbox"/> Blasen- und/oder Darmentleerung:
<input type="checkbox"/> Transfers:	<input type="checkbox"/> Betten machen/Wechsel der Bettwäsche:
<input type="checkbox"/> Mundgerechtes Herrichten der Mahlzeiten:	<input type="checkbox"/> Stomaversorgung/Stomabeutel entleeren:
<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme:	<input type="checkbox"/> Verabreichung von Sondennahrung:
<input type="checkbox"/> Trinken:	<input type="checkbox"/> Begleitung bei Aktivitäten:
<input type="checkbox"/> Hilfe beim Verlassen/Aufsuchen der Wohnung:	<input type="checkbox"/> Zubereitung wärmer Mahlzeiten:
<input type="checkbox"/> Zubereitung Frühstück:	<input type="checkbox"/> Zubereitung Abendessen:
<input type="checkbox"/> Einkaufen:	<input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung:
<input type="checkbox"/> Wäscheversorgung:	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe:
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung:
<input type="checkbox"/> Insulingabe:	<input type="checkbox"/> Verbandwechsel:
<input type="checkbox"/> Inhalation:	<input type="checkbox"/>

Kurze stichwortartige Beschreibung von weiteren oben nicht aufgeführten Tätigkeiten:

Haben Sie einen Hausnotruf? JA / NEIN

Erhalten Sie Essen auf Räder? JA / NEIN

Wenn **JA**, nennen Sie bitte die Häufigkeit der Lieferung in der Woche: _____

Wer hat die Versorgung bisher erbracht (vor Antragstellung)?

--

Warum ist nun die Versorgung durch einen Pflegedienst erforderlich bzw. warum ist nun ein Mehrbedarf durch den Pflegedienst erforderlich? Was hat sich seit wann verändert?

Werden zusätzlich andere Hilfsangebote genutzt? (z. B. Tagespflege, Besuchsdienst, Seniorengruppen, Betreuungsgruppen etc.) Bitte Kurzbeschreibung mit der Nennung der Häufigkeit in der Woche oder im Monat (z. B. 2 x wöchentlich oder 3 x monatlich):

Nutzen Sie den Entlastungsbetrag der Pflegekasse von 125,- €? JA / NEIN

Wenn ja, wofür?

Weitere Mitteilungen von Ihnen an uns: (z. B. *weitere im Haushalt lebende Personen; **weitere Pflegepersonen inklusive Telefonnummer, sonstige Hinweise):

Die Angaben sind freiwillig. Eine detaillierte Beschreibung erleichtert eine schnelle und umfassende Bearbeitung.

Ort, Datum und Unterschrift der leistungsberechtigten Person,
gesetzl. Betreuer/-in oder bevollmächtigte Person