



Pflegebedarfs-Ermittlungsbogen

LichtblickPflege Alltagsbegleiter

Umfassende Erfassung Ihres individuellen Pflegebedarfs

Fortschritt

0%



Persönliche Daten der pflegebedürftigen Person

Vor- und Nachname *

Geburtsdatum *

dd.mm.rrrr



Telefonnummer *

E-Mail

Gewicht (kg)

Größe (cm)

Pflegegrad *

Bitte wählen



Wohnt die Person alleine? *

Bitte wählen



Adresse *



Wohnumfeld, Infrastruktur & Wohnlage

Wohnlage *

Bitte wählen



Lage innerhalb des Ortes *

Bitte wählen



Wohnform *

Bitte wählen



Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar *

Bitte wählen



Haushaltshilfe

Ist eine Haushaltshilfe vorhanden?

Bitte wählen



Haustiere

Sind Haustiere vorhanden?

Bitte wählen



Weitere Informationen zum Wohnumfeld

Beschreiben Sie gerne weitere Details zum Wohnumfeld, zur Nachbarschaft, zu besonderen Gegebenheiten, Parkplätzen, öffentlichen Verkehrsmitteln etc.



Kontaktperson / Angehörige



Hauptkontaktperson *

Name der Kontaktperson *

Verwandtschaftsgrad *

Bitte wählen



Telefon Kontaktperson *

E-Mail Kontaktperson

Adresse (falls abweichend)

Straße, PLZ Ort

Verfügbarkeit

Bitte wählen



 Weitere Kontaktperson 2

+ Hinzufügen

 Weitere Kontaktperson 3

+ Hinzufügen

Zusätzliche Informationen zu den Kontaktpersonen

Wer ist die Hauptansprechperson für die Betreuungskraft?

Bitte wählen

Besondere Absprachen zwischen den Angehörigen

z.B. Wer ist wann zuständig, besondere Vereinbarungen...

Gesundheitszustand

Hauptdiagnosen / Krankheiten *

z.B. Demenz, Diabetes, Herzinsuffizienz...

Besondere gesundheitliche Einschränkungen

- | | |
|---|--|
| ☐ Demenz | ☐ Alzheimer |
| ☐ Diabetes | ☐ Depression |
| ☐ Tumor | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Dekubitus | ☐ Stomach |
| ☐ Bettlägerig | ☐ Multiple Sklerose |
| ☐ Allergien | ☐ Herzrhythmus-Störung |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Osteoporose |
| ☐ Parkinson | ☐ Chronische Durchfälle |
| ☐ Herzinsuffizienz | ☐ Asthma |
| ☐ Rheuma | ☐ Inkontinenz |
| ☐ Sturzgefahr | ☐ Sehbehinderung |
| ☐ Hörbehinderung | |

Weitere Krankheiten/Einschränkungen

Bitte weitere Krankheiten oder gesundheitliche Einschränkungen hier eintragen...

Kommunikations- und Wahrnehmungsprobleme

Hörvermögen

Bitte wählen

Sehkraft

Bitte wählen

Sprache

Bitte wählen

Vorhandene Hilfsmittel für Kommunikation/Wahrnehmung

- | | |
|--|--|
| ☐ Hörgerät | ☐ Brille |
| ☐ Lupe | ☐ Sprachcomputer |
| ☐ Kommunikationstafel | ☐ Keine Hilfsmittel |

Weitere Details zu den Hilfsmitteln oder besonderen Kommunikationsbedürfnissen...

Inkontinenz & Toilettengang

Urinkontrolle

Bitte wählen

Stuhlkontrolle

Bitte wählen

Verwendete Hilfsmittel bei Inkontinenz

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Keine Hilfsmittel nötig | ☐ Windeln |
| ☐ Vorlagen | ☐ Bettvorlagen |
| ☐ Waschbare Bettvorlagen | ☐ Katheter |

Weitere Details zu den Hilfsmitteln (Größe, Häufigkeit des Wechsels, besondere Anforderungen)...

Toilettengang-Kommunikation

Wie äußert die Person den Toilettbedarf?

- ☐ Meldet sich selbstständig, wenn sie zur Toilette muss
- ☐ Muss regelmäßig gefragt werden
- ☐ Toilettengang zu festen Zeiten
- ☐ Kann Toilettenbedarf nicht äußern

Häufigkeit der Toilettengänge/Nachfragen

Bitte wählen



Besondere Hinweise zum Toilettengang

z.B. nächtliche Toilettengänge, besondere Hilfestellungen, Sturzgefahr...



Aktuelle Therapien

Welche Therapien werden derzeit durchgeführt?

- | | |
|---|---|
| ☐ Keine Therapien | ☐ Logopädie |
| ☐ Krankengymnastik | ☐ Psychologische Betreuung |
| ☐ Ergotherapie | ☐ Sonstige Therapien |

Bitte geben Sie weitere Details zu den Therapien an (Häufigkeit, Therapeut, besondere Anforderungen, sonstige Therapien)...



Hinweis: Bitte informieren Sie uns über alle laufenden Therapien, damit die Betreuungskraft entsprechend koordinieren und unterstützen kann.



Mobilität & Motorische Einschränkungen



Allgemeine Bewegung & Gehfähigkeit

Gehfähigkeit

Bitte wählen



Treppensteigen

Bitte wählen



Transfer & Heben

Transferfähigkeit (Bett ↔ Stuhl)

Bitte wählen



Muss die Person gehoben werden? *

Bitte wählen



Körperpflege

Duschen

Bitte wählen



Baden

Bitte wählen



An- und Auskleiden

An- und Auskleiden

Bitte wählen



Besondere Anforderungen beim Ankleiden

z.B. spezielle Kleidung, Kompressionsstrümpfe, Prothesen...



Essensaufnahme & Ernährung



Essen und Trinken

Essensaufnahme

Trinken

Bitte wählen

Bitte wählen

Kau- und Schluckstörungen

Kau- oder Schluckstörungen vorhanden?

Bitte wählen

Diäten & Besondere Ernährung

Diäten oder besondere Ernährungsformen

- | | |
|--|--|
| ☐ Keine besonderen Diäten | ☐ Diabetiker-Diät |
| ☐ Salzarme Kost | ☐ Fettarme Kost |
| ☐ Weiche Kost | ☐ Flüssige Kost |
| ☐ Vegetarisch | ☐ Halal |
| ☐ Koscher | ☐ Sonstige Diäten |

Weitere Details zu Diäten, Allergien, Unverträglichkeiten oder Essensvorlieben...

PEG-Sonde

PEG-Sonde vorhanden?

Bitte wählen

Pflegehilfsmittel

Vorhandene Hilfsmittel

- | | |
|---|--|
| ☐ Rollator | ☐ Rollstuhl |
| ☐ Pflegebett | ☐ Toilettensstuhl |
| ☐ Badewannenlift | ☐ Hausnotruf |

Benötigte Hilfsmittel

Welche Hilfsmittel werden noch benötigt?

Medikamente

Medikamenteneinnahme

Bitte wählen

Wer stellt die Medikamente zusammen? *

 **Wichtiger Hinweis:**

Betreuungskräfte dürfen keine Medikamente zusammenstellen oder dosieren. Dies muss durch qualifiziertes Personal erfolgen.

Bitte wählen

Aktuelle Medikamente

Bitte alle aktuellen Medikamente auflisten...

Besondere Medikamentengabe

- | | |
|---|--|
| ☐ Insulin-Spritzen | ☐ Augentropfen |
| ☐ Inhalation | ☐ Salben/Cremes |

Wünsche zur Betreuungskraft

Bevorzugtes Geschlecht

Keine Präferenz

Sprachkenntnisse

Bitte wählen

Herkunftsland Präferenz

Keine Präferenz



Führerschein & Fahrzeug

Führerschein erforderlich?

Bitte wählen

Weitere besondere Wünsche/Anforderungen

z.B. Erfahrung mit Demenz, Kochkenntnisse, Haustiere...



Ausstattung des Zimmers der Betreuungskraft

(Kleiderschrank und Bett sind vorausgesetzt)



Ausstattung des Zimmers

Verfügbare Ausstattung im Zimmer

☐ Eigenes Bad

☐ WLAN

☐ Fahrrad

☐ TV

☐ Internet

☐ Eigener Eingang

Sonstige Ausstattung

z.B. Kühlschrank, Schreibtisch, Balkon, Terrasse...



Lage des Zimmers

Wo befindet sich das Zimmer der Betreuungskraft?

Bitte wählen

Weitere Details zur Zimmerlage

z.B. ruhige Lage, Gartenseite, Straßenseite, Nähe zum Pflegebedürftigen...



Zusätzliche Informationen

Besondere Hinweise zum Zimmer

z.B. Größe des Zimmers, Besonderheiten, Einschränkungen, Renovierungszustand...

Hinweis: Ein angemessen ausgestattetes Zimmer trägt wesentlich zum Wohlbefinden der Betreuungskraft bei und kann die Qualität der Betreuung positiv beeinflussen.



Aufgaben der Betreuungskraft



Haushaltstätigkeiten

Bitte geben Sie für jede Tätigkeit an, wie häufig diese von der Betreuungskraft übernommen werden soll:



Einkaufen

☐ Immer

☐ Regelmäßig

☐ Sporadisch

☐ Nie



Kochen

☐ Immer

☐ Regelmäßig

☐ Sporadisch

☐ Nie



Wäsche waschen

☐ Immer

☐ Regelmäßig

☐ Sporadisch

☐ Nie



Bügeln

☐ Immer

☐ Regelmäßig

☐ Sporadisch

☐ Nie



Putzen/Haushaltsreinigung

- ☐ Immer ☐ Regelmäßig ☐ Sporadisch ☐ Nie

Begleitungen & Unterstützung

Begleitung zu Arztbesuchen

- ☐ Immer ☐ Regelmäßig ☐ Sporadisch ☐ Nie

Spaziergänge & Mobilisation

- ☐ Immer ☐ Regelmäßig ☐ Sporadisch ☐ Nie

Gesellschaft leisten & Gespräche führen

- ☐ Immer ☐ Regelmäßig ☐ Sporadisch ☐ Nie

Zusätzliche Aufgaben & Besonderheiten

Weitere spezielle Aufgaben

z.B. Gartenpflege, Haustierbetreuung, Verwaltungsaufgaben, besondere Hobbys unterstützen...

Aufgaben, die NICHT übernommen werden sollen

z.B. schwere körperliche Arbeiten, Gartenarbeit, bestimmte Haushaltstätigkeiten...

 **Hinweis:** Je klarer Sie die Aufgaben definieren, desto besser können wir eine passende Betreuungskraft für Sie finden. Bedenken Sie dabei auch die körperlichen Möglichkeiten der Betreuungskraft.

Pausenregelung für Betreuungskraft

Die Pausenregelung ist gesetzlich vorgeschrieben und wichtig für das Wohlbefinden der Betreuungskraft. Bitte wählen Sie eine Option:

- ☐ **Standard-Pausenregelung**
2 Stunden täglich + ein freier Tag in der Woche

- ☐ **Erweiterte Pausen**
2 Stunden täglich + zwei halbe Tage in der Woche

- ☐ **Individuelle Regelung**
Nach Absprache mit der Betreuungskraft

 **Wichtiger Hinweis:** Ausreichende Pausen sind gesetzlich vorgeschrieben und tragen zur Qualität der Betreuung bei. Eine ausgeruhte Betreuungskraft kann bessere Leistungen erbringen.

Nachteinsätze & Schlaf

Schlafzeiten

Wann geht die pflegebedürftige Person ins Bett?

--:--



Wann steht die pflegebedürftige Person auf?

--:--



Nächtlche Betreuung

Nächtlche Betreuung erforderlich?

Bitte wählen



Schlafmittel & Schlafprobleme

Nimmt die Person Schlafmittel?

Bitte wählen



Einschlafprobleme?

Bitte wählen



Durchschlafprobleme?

Bitte wählen



Betreuungsbeginn & Zeiten

Gewünschter Betreuungsbeginn *

dd.mm.rrrr



Betreuungsmodell *

Bitte wählen



Versicherung & Budget

Krankenversicherung *

Bitte wählen

Name der Krankenkasse

z.B. AOK, Barmer, TK...



Verfügbare Pflegekassen-Leistungen

Entlastungsbetrag nach §45b SGB XI

☐ Ja, verfügbar

☐ Teilweise genutzt

☐ Nicht verfügbar

💡 Monatlicher Betrag für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (nach aktuellem Stand)

Verhinderungspflege (§39 SGB XI)

☐ Ja, verfügbar

☐ Teilweise genutzt

☐ Nicht verfügbar

💡 Jährlicher Betrag für Ersatzpflege (nach aktuellem Stand)

Kurzzeitpflege (§42 SGB XI)

☐ Ja, verfügbar

☐ Teilweise genutzt

☐ Nicht verfügbar

💡 Jährlicher Betrag für vorübergehende vollstationäre Pflege (nach aktuellem Stand)

Verfügbares monatliches Budget für Betreuung

Bitte wählen

Weitere Details zum Budget...



Wie haben Sie von uns erfahren?

Bitte wählen Sie aus, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind:

☐ Flyer

☐ Zeitung

☐ Webseite

☐ Empfehlung

☐ Sonstiges



Datenschutzerklärung

Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zur Vermittlung einer geeigneten Betreuungskraft verarbeitet werden. Die Daten werden ausschließlich für diesen Zweck verwendet und nicht an Dritte weitergegeben, außer an die vermittelte Betreuungskraft und deren Arbeitgeber.

☐ Ich stimme der Datenschutzerklärung zu und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden. *

☐ Ich möchte über Neuigkeiten und Angebote per E-Mail informiert werden (optional).



Bedarfsbogen absenden