

# FRAGEBOGEN ZUR BEDARFSANALYSE

Eine umfassende Bedarfsanalyse ist die Grundlage einer individuellen Betreuung zu Hause und notwendig, um mit der Suche nach einer geeigneten Betreuungsperson beginnen zu können. Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus und senden ihn uns auf einem der folgenden Wege zurück:



**Bitte senden Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt an uns zurück:**

**Post:** Linara GmbH  
Mariendorfer Damm 161  
12107 Berlin

**E-Mail:** [beratung@linara.de](mailto:beratung@linara.de)

**Fax:** 030 – 62 73 967-20

Optimiert für Adobe Reader. Download kostenfrei: [get.adobe.com/reader](http://get.adobe.com/reader)

**Gern füllen wir den Fragebogen auch gemeinsam mit Ihnen am Telefon aus:**

**0800 – 64 87 225**

## 1. KONTAKTDATEN

### 1.1 ANSPRECHPERSON FÜR LINARA

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Verhältnis zur ersten hilfsbedürftigen Person: \_\_\_\_\_

## 1.2 HILFSBEDÜRFTIGE PERSON(EN)

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## 1.3 WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Krankenhaus

Nähere Angaben oder Stempel der Einrichtung:

ambulanter Pflegedienst

Beratungsstelle

Arzt/Therapeut

Internetrecherche

Empfehlung von Freunden/Bekanntem

Sonstiges



### Einverständniserklärung

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese gewissenhaft gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden und schützen sie durch angemessene technische und organisatorische Maßnahmen.

Ausführliche Informationen finden Sie unter [www.linara.de/datenschutz](http://www.linara.de/datenschutz).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Linara GmbH die in diesem Fragebogen zur Bedarfsanalyse enthaltenen personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, erfasst und zum Zwecke der Anbahnung einer Betreuung in häuslicher Gemeinschaft und der daraus resultierenden Personenbetreuung an direkt beteiligte Partner weitergibt.

**Die Datenweitergabe an direkt beteiligte Partner erfolgt anfangs anonymisiert. Persönliche Daten werden erst weitergegeben, wenn einem Betreuungsvorschlag zugestimmt wurde.**

Ich bestätige, dass die gemachten Angaben freiwillig nach meinem bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind und ich zur Weitergabe der Daten befugt bin.

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

## 2. ERSTE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

### 2.1 ZUR PERSON

männlich weiblich

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm

**Beindet sich die Person aktuell in (teil-)stationärer Behandlung?**

nein ja

**Wann soll die Betreuung zu Hause beginnen?**

innerhalb von 14 Tagen ab \_\_\_\_\_

**Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?**

1 2 3 4 5 derzeit keinen Pflegegrad

### 2.2 DIAGNOSEN UND GRÜNDE FÜR DIE BETREUNGSBEDÜRFTIGKEIT

Demenz	Altersschwäche	Schlaganfall	Angstzustände	Krebs
Einsamkeit	Depression	Unfall/Sturz	Amputation	Rheuma
Parkinson	Diabetes	Herzerkrankung		

Anmerkungen:

**Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

nein ja, Folgende: \_\_\_\_\_

**Hat die hilfsbedürftige Person ansteckende Krankheiten oder Keime (z. B. MRSA, ESBL, Hepatitis)?**

nein ja, Folgende: \_\_\_\_\_

**Hat die hilfsbedürftige Person eine Hauterkrankung/-schädigung (z. B. Dekubitus)?**

nein ja, wird versorgt durch: \_\_\_\_\_

### 2.3 LEISTUNGEN DER PFLEGEKASSE UND EINSATZ EINES AMBULANTEN PFLEGEDIENSTES

*Bitte beachten Sie, dass die Behandlungspflege (bspw. Medikamentengabe, Wundversorgung oder das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen) ausgeschlossen ist und durch einen Pflegedienst erfolgen muss.*

**Schöpfen Sie den Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 125 Euro aus?**

ja nein

**Wird ein Pflegedienst in Anspruch genommen?**

nein wöchentlich mehrmals pro Woche täglich mehrmals täglich

**Bekommen Sie Pflegegeld ausgezahlt?**

nein ja, in Höhe von: \_\_\_\_\_

## Welche Aufgaben soll der ggf. eingesetzte Pflegedienst auch weiterhin übernehmen?

---

### Darf sich Linara mit dem Pflegedienst über die Versorgung der hilfsbedürftigen Person austauschen?

ja          nein          nach Rücksprache

Angaben zum Pflegedienst: \_\_\_\_\_

## 2.4 INKONTINENZ

nicht inkontinent          stuhlinkontinent          künstlicher Blasen Ausgang          Dauerkatheter  
harninkontinent          künstlicher Darmausgang          teilweise inkontinent (z. B. nachts)

### Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?

nein          ja, Wechsel erfolgt selbstständig          ja, Wechsel durch Betreuungsperson

## 2.5 KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT

Sehen:          nicht eingeschränkt          eingeschränkt          stark beeinträchtigt          blind  
Hören:          nicht eingeschränkt          eingeschränkt          stark beeinträchtigt          gehörlos  
Sprechen:          nicht eingeschränkt          eingeschränkt          stark beeinträchtigt          verstummt  
Ergänzungen:

## 2.6 MOBILITÄT

Hinlegen & Aufstehen:          selbstständig          mit Unterstützung          vollständige Übernahme  
Hinsetzen & Aufstehen:          selbstständig          mit Unterstützung          vollständige Übernahme  
Stehen:          selbstständig          mit Unterstützung          vollständige Übernahme  
Gehen:          selbstständig          mit Unterstützung          vollständige Übernahme  
Umgang mit Gehhilfen:          selbstständig          mit Unterstützung          vollständige Übernahme  
Umgang mit Rollstuhl:          selbstständig          mit Unterstützung          vollständige Übernahme  
Umsetzen (Transfer):          selbstständig          mit Unterstützung          vollständige Übernahme  
Umlagern im Bett:          selbstständig          mit Unterstützung          vollständige Übernahme  
Bettlägerigkeit:          nein          ja  
Ergänzungen:

### Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

nein          ja

### Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

Pflegebett          Hebegurt/-sitz          Lifter          Toiletten-/Duschstuhl  
Rollstuhl          Rollator          weitere: \_\_\_\_\_

### Muss die hilfsbedürftige Person angehoben werden?

nein          ja, hilfsbedürftige Person kann unterstützen          ja, mit vollem Körpergewicht

## 2.7 MENTALE VERFASSUNG (DEMENZ-ANAMNESE)

### Hat die hilfsbedürftige Person Orientierungsschwierigkeiten?

nein	zeitlich („Welcher Tag ist heute?“)	örtlich („Wo bin ich?“)
	räumlich („Wo ist die Toilette?“)	situativ („Was mache ich hier gerade?“)
	zur eigenen Person („Wie heiße ich?“)	zu anderen Personen („Woher kenne ich dich?“)

### Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?

nein	ggü. sich selbst	ggü. anderen	ggü. Gegenständen	ja, verbal
------	------------------	--------------	-------------------	------------

Anmerkungen:

### Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?

nein	Angstzustände	Apathie (Teilnahmslosigkeit)	Halluzinationen
starke Unruhe	Hinlauftendenz	gestörter Tag-Nacht-Rhythmus	Ablehnung der Pflege

Anmerkungen:

### Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

Eine direkte Ansprache und Aktivierung ist wichtig	Sie bevorzugt es, in Ruhe gelassen zu werden
--	--

Anmerkungen:

## 2.8 INTERESSEN UND BELIEBTE BESCHÄFTIGUNGEN DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON

Kochen/Backen	Spaziergänge	Musik	Natur	Tiere
Lesen/Literatur	Fernsehen	Handarbeiten	Gesellschaftsspiele	

Weitere: \_\_\_\_\_

## 2.9 AUFGABEN DER BETREUUNGSPERSON

Körperhygiene	Intimpflege	<u>Erinnerung</u> an Medikamenteneinnahme
Nahrungsaufnahme	Toilettengänge	Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen
An- und Auskleiden	Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme	

weitere:

### Ist eine Betreuung in der Nacht notwendig?

nein	gelegentlich	jede Nacht	mehrmals pro Nacht
------	--------------	------------	--------------------

Anmerkungen:

### Wie kann die Betreuungsperson in der Nacht gerufen werden?

Klingel	„Babyphone“	Rufen
---------	-------------	-------

### 3. ANGABEN ZUR BETREUUNGSPERSON

#### 3.1 WÜNSCHE AN DIE BETREUUNGSPERSON

**Für welchen Zeitraum planen Sie derzeit den Einsatz einer Betreuungsperson?**

unbefristet            befristet für die Dauer von: \_\_\_\_\_ Monaten

**Welches Geschlecht bevorzugen Sie?**

egal            weiblich            männlich

**Sollte die Betreuungsperson Nichtraucher sein?**

egal            nein, aber Rauchen nur im Außenbereich            ja  
nein, aber höchstens \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

**Welches Alter bevorzugen Sie?**

egal            bis 50 Jahre            älter als 50

**Ist ein Führerschein erforderlich?**

nein            ja, unbedingt (wirkt sich auf Tagessatz aus)

**Welche Deutschkenntnisse sind für die Betreuung erforderlich?**

- Kategorie I: Kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen.  
(Entspricht etwa A1 des Europäischen Referenzrahmens)
- Kategorie II: Kann sich in bekannten Situationen in einfachen Worten verständigen.  
(Entspricht etwa A2 des Europäischen Referenzrahmens)
- Kategorie III: Kann klare Sprache verstehen und sich in einfachen Worten ausdrücken.  
(Entspricht etwa B1 des Europäischen Referenzrahmens)

#### 3.2 ALLGEMEINE ANGABEN ZUM HAUSHALT

**Welche Ausstattungsdetails stehen der Betreuungsperson – neben einem eigenen Zimmer – zur Verfügung?**

eigenes Bad            TV            Fahrrad            Auto            weitere: \_\_\_\_\_

**Wird der Betreuungsperson ein Internetzugang zur Verfügung gestellt?**

ja, bereits vorhanden            ja, wird noch bereitgestellt            nicht möglich

**Wie sind die wichtigsten Einkaufsmöglichkeiten zu erreichen?**

zu Fuß            mit öffentlichen Verkehrsmitteln            mit dem Fahrrad            nur mit dem Auto

**Gibt es weitere Unterstützung im Haushalt?**

nein            ja, Folgende: \_\_\_\_\_

**Welche technischen Hilfsmittel sind vorhanden?**

Waschmaschine            Wäschetrockner            Geschirrspülmaschine

weitere: \_\_\_\_\_

**Kommen Angehörige oder Bekannte zu Besuch und wenn ja, wie oft?**

nein            ja, in folgender Regelmäßigkeit: \_\_\_\_\_

### Wie wohnt die hilfsbedürftige Person?

Haus      Wohnung      Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Leben neben der ersten hilfsbedürftigen Person noch weiteren Personen im Haushalt?

nein      ja, eine zweite zu betreuende Person (bitte auch Seiten 8-10 ausfüllen)

ja, Folgende: \_\_\_\_\_

### 3.3 ANGABEN ZU HAUSHALTSTÄTIGKEITEN

Soll die Betreuungsperson kochen?

nein      ja, für: \_\_\_\_\_ Personen (inkl. Betreuungsperson)

Soll die Betreuungsperson die Wohnfläche reinigen?

nein      ja, ca: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Welche weiteren Tätigkeiten soll die Betreuungsperson übernehmen?

Blumenpflege      Waschen/Bügeln      Einkaufen

weitere: \_\_\_\_\_

Soll die Betreuungsperson Haustiere versorgen?

nein      ja, Folgende: \_\_\_\_\_

### 3.4 FREIZEITREGELUNG

ein freier Tag pro Woche      zwei halbe freie Tage pro Woche      mehrere Stunden pro Tag

Anmerkungen:

### Wer übernimmt die Betreuung, wenn die Betreuungsperson Freizeit hat?

### 3.5 ABHOLUNG DER BETREUUNGSPERSON BEI ANREISE

*Bitte beachten Sie, dass die Anreise nur bis zum nächstgelegenen zentralen Busbahnhof (ZOB), Bahnhof bzw. Flughafen erfolgt.*

Abholung persönlich vom zentralen Busbahnhof (ZOB), Bahnhof bzw. Flughafen möglich

Abholung durch Dritte vom zentralen Busbahnhof (ZOB), Bahnhof bzw. Flughafen möglich

keine Abholung möglich

Anmerkungen:

## 4. ZWEITE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

Die folgenden Seiten müssen Sie nur ausfüllen, wenn eine zweite hilfsbedürftige Person im Haushalt lebt, die auch durch die Betreuungsperson betreut werden soll.

### 4.1 ZUR PERSON

männlich weiblich

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm

**Befindet sich die Person aktuell in (teil-)stationärer Behandlung?**

nein ja

**Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?**

1 2 3 4 5 derzeit keinen Pflegegrad

### 4.2 DIAGNOSEN UND GRÜNDE FÜR DIE BETREUUNGSBEDÜRFTIGKEIT

Demenz	Altersschwäche	Schlaganfall	Angstzustände	Krebs
Einsamkeit	Depression	Unfall/Sturz	Amputation	Rheuma
Parkinson	Diabetes	Herzerkrankung		

Anmerkungen:

**Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

nein ja, Folgende: \_\_\_\_\_

**Hat die hilfsbedürftige Person ansteckende Krankheiten oder Keime (z. B. MRSA, ESBL, Hepatitis)?**

nein ja, Folgende: \_\_\_\_\_

**Hat die hilfsbedürftige Person eine Hauterkrankung/-schädigung (z. B. Dekubitus)?**

nein ja, wird versorgt durch: \_\_\_\_\_

### 4.3 LEISTUNGEN DER PFLEGEKASSE UND EINSATZ EINES AMBULANTEN PFLEGEDIENSTES

Bitte beachten Sie, dass die Behandlungspflege (bspw. Medikamentengabe, Wundversorgung oder das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen) ausgeschlossen ist und durch einen Pflegedienst erfolgen muss.

**Schöpfen Sie den Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 125 Euro aus?**

ja nein

**Wird ein Pflegedienst in Anspruch genommen?**

nein wöchentlich mehrmals pro Woche täglich mehrmals täglich

**Bekommen Sie Pflegegeld ausgezahlt?**

nein ja, in Höhe von: \_\_\_\_\_

**Welche Aufgaben soll der ggf. eingesetzte Pflegedienst auch weiterhin übernehmen?**

---



### Darf sich Linara mit dem Pflegedienst über die Versorgung der hilfsbedürftigen Person austauschen?

ja            nein            nach Rücksprache

Angaben zum Pflegedienst: \_\_\_\_\_

#### 4.4 INKONTINENZ

nicht inkontinent	stuhlinkontinent	künstlicher Blasenausgang	Dauerkatheter
harninkontinent	künstlicher Darmausgang	teilweise inkontinent (z. B. nachts)	

### Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?

nein            ja, Wechsel erfolgt selbstständig            ja, Wechsel durch Betreuungsperson

#### 4.5 KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT

Sehen:	nicht eingeschränkt	eingeschränkt	stark beeinträchtigt	blind
Hören:	nicht eingeschränkt	eingeschränkt	stark beeinträchtigt	gehörlos
Sprechen:	nicht eingeschränkt	eingeschränkt	stark beeinträchtigt	verstummt

Ergänzungen:

#### 4.6 MOBILITÄT

Hinlegen & Aufstehen:	selbstständig	mit Unterstützung	vollständige Übernahme
Hinsetzen & Aufstehen:	selbstständig	mit Unterstützung	vollständige Übernahme
Stehen:	selbstständig	mit Unterstützung	vollständige Übernahme
Gehen:	selbstständig	mit Unterstützung	vollständige Übernahme
Umgang mit Gehhilfen:	selbstständig	mit Unterstützung	vollständige Übernahme
Umgang mit Rollstuhl:	selbstständig	mit Unterstützung	vollständige Übernahme
Umsetzen (Transfer):	selbstständig	mit Unterstützung	vollständige Übernahme
Umlagern im Bett:	selbstständig	mit Unterstützung	vollständige Übernahme

Ergänzungen:

### Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

nein            ja

### Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

Pflegebett	Hebegurt/-sitz	Lifter	Toiletten-/Duschstuhl
Rollstuhl	Rollator	weitere: _____	

### Muss die hilfsbedürftige Person angehoben werden?

nein            ja, hilfsbedürftige Person kann unterstützen            ja, mit vollem Körpergewicht

#### 4.7 MENTALE VERFASSUNG (DEMENZ-ANAMNESE)

##### Hat die hilfsbedürftige Person Orientierungsschwierigkeiten?

nein	zeitlich („Welcher Tag ist heute?“)	örtlich („Wo bin ich?“)
	räumlich („Wo ist die Toilette?“)	situativ („Was mache ich hier gerade?“)
	zur eigenen Person („Wie heiße ich?“)	zu anderen Personen („Woher kenne ich dich?“)

##### Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?

nein	ggü. sich selbst	ggü. anderen	ggü. Gegenständen	ja, verbal
------	------------------	--------------	-------------------	------------

Anmerkungen:

##### Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?

nein	Angstzustände	Apathie (Teilnahmslosigkeit)	Halluzinationen
starke Unruhe	Hinlauftendenz	gestörter Tag-Nacht-Rhythmus	Ablehnung der Pflege

Anmerkungen:

##### Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

Eine direkte Ansprache und Aktivierung ist wichtig	Sie bevorzugt es, in Ruhe gelassen zu werden
--	--

Anmerkungen:

#### 4.8 INTERESSEN UND BELIEBTE BESCHÄFTIGUNGEN DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON

Kochen/Backen	Spaziergänge	Musik	Natur	Tiere
Lesen/Literatur	Fernsehen	Handarbeiten	Gesellschaftsspiele	

Weitere: \_\_\_\_\_

#### 4.9 AUFGABEN DER BETREUUNGSPERSON

Körperhygiene	Intimpflege	<u>Erinnerung</u> an Medikamenteneinnahme
Nahrungsaufnahme	Toilettengänge	Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen
An- und Auskleiden	Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme	

weitere:

##### Ist eine Betreuung in der Nacht notwendig?

nein	gelegentlich	jede Nacht	mehrmals pro Nacht
------	--------------	------------	--------------------

Anmerkungen:

##### Wie kann die Betreuungsperson in der Nacht gerufen werden?

Klingel	„Babyphone“	Rufen
---------	-------------	-------