

# FRAGEBOGEN ZUR BEDARFSANALYSE



Eine umfassende Bedarfsanalyse ist die Grundlage einer individuellen und liebevollen Betreuung zu Hause. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten sich Zeit zu nehmen und den Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Anhand Ihrer Angaben können wir ein erstes Kostenangebot unterbreiten und mit der Suche nach einer geeigneten Betreuungsperson beginnen.



Gerne füllen wir den Fragebogen auch am Telefon mit Ihnen aus:

**0800 – 64 87 225** (kostenfrei)

Alternativ können Sie uns den ausgefüllten Fragebogen auch zusenden:

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

**FAX:** 030 – 62 73 96 7-20

**E-MAIL:** [info@linara.de](mailto:info@linara.de)

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

**WANN SOLL DER EINSATZ BEGINNEN?**

schnellstmöglich

ab: \_\_\_\_\_

## 1. KONTAKTDATEN

### 1.1 ANSPRECHPARTNER FÜR LINARA

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

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

### 1.3 ERSTE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

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

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

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

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

### 1.4 ZWEITE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON (OPTIONAL)

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

### 1.5 WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN? (OPTIONAL)

Krankenhaus                      ambulanter Pflegedienst                      Beratungsstelle                      Arzt/Therapeut  
Internetrecherche                      persönliche Empfehlung                      Sonstiges

Nähere Angaben oder Stempel der Einrichtung:



#### **Hinweise zum Datenschutz**

In diesem Fragebogen werden personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, erfasst. Wir benötigen diese Daten zum Zwecke der Anbahnung der von Ihnen gewünschten Dienstleistung der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft und der daraus resultierenden Personenbetreuung.

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese gewissenhaft gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden, geben sie nur anonym an unmittelbar beteiligte Partnerunternehmen weiter und schützen sie durch angemessene technische und organisatorische Maßnahmen.

Mit Ihrer Unterschrift bzw. der Übermittlung des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie alle Angaben wahrheitsgemäß eingetragen haben und die Einwilligung der weiteren Personen besitzen, deren personenbezogenen Daten Sie neben Ihren eigenen angegeben haben.

Ausführliche Informationen zum Datenschutz bei Linara finden Sie unter **[www.linara.de/datenschutz](http://www.linara.de/datenschutz)**.

Kontakt unseres Datenschutzbeauftragten:                      Linara GmbH – Datenschutzbeauftragter  
Mariendorfer Damm 161, 12107 Berlin  
E-Mail: [datenschutz@linara.de](mailto:datenschutz@linara.de)

---

Datum und Unterschrift

## 2. ERSTE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

### 2.1 ZUR PERSON

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

#### Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?

1            2            3            4            5            derzeit keinen Pflegegrad

### 2.2 DIAGNOSEN UND GRÜNDE FÜR DIE BETREUNGSBEDÜRFTIGKEIT

|                          |               |  |
|--------------------------|---------------|--|
| Demenz (z. B. Alzheimer) | Einsamkeit    | Herzerkrankung (z. B. Herzinfarkt)               |
| Altersschwäche           | Angstzustände | körperliche Schwäche nach stationärer Behandlung |
| Krebs                    | Depression    | rheumatische Erkrankung                          |
| Unfall/Sturz             | Schlaganfall  | Amputation                                       |
| Parkinson                | Diabetes      |  |

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: \_\_\_\_\_

#### Wird ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen?

nein            wöchentlich            mehrmals pro Woche            täglich            mehrmals täglich

#### Wenn ein amb. Pflegedienst in Anspruch genommen wird, welche Aufgaben soll er auch weiterhin übernehmen?

### 2.3 INKONTINENZ

#### Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?

|      |                          |                           |                         |
|------|--------------------------|---------------------------|-------------------------|
| nein | teilweise (z. B. nachts) | Harninkontinenz           | Stuhlinkontinenz        |
|      | Dauerkatheter            | künstlicher Blasenausgang | künstlicher Darmausgang |

#### Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?

nein            ja, Wechsel erfolgt selbstständig            ja, Wechsel erfolgt durch Betreuungsperson

## 2.4 KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT

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

## 2.5 MOBILITÄT

### Wie mobil ist die hilfsbedürftige Person im Alltag?

|                 |               |                   |                                  |
|-----------------|---------------|-------------------|----------------------------------|
| Bewegung:       | selbstständig | mit Unterstützung |                                  |
| Treppensteigen: | selbstständig | mit Unterstützung | nicht möglich                    |
| Baden/Duschen:  | selbstständig | mit Unterstützung | vollständig auf Hilfe angewiesen |
| An-/Auskleiden: | selbstständig | mit Unterstützung | vollständig auf Hilfe angewiesen |

Ergänzungen:

### Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

nein ja

### Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig?

nein ja, Hilfe beim Umlagern nicht notwendig ja, Hilfe beim Umlagern notwendig

### Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

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

### Ist ein Transfer von Bett zu Roll-, Dusch- oder Toilettenstuhl notwendig?

nein ja, in folgender Häufigkeit pro Tag: \_\_\_\_\_

### Muss die hilfsbedürftige Person angehoben werden?

nein ja, hilfsbedürftige Person hilft mit vollständig

## 2.6 MENTALE VERFASSUNG (DEMENTZ-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 |
|      | Hinlauftendenz             | gestörter Tag-/Nachtrhythmus | starke Unruhe   |
|      | Ablehnung der Körperpflege |                              |                 |

Anmerkungen:

### Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

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

Anmerkungen:

## 2.7 INTERESSEN UND BELIEBTE BESCHÄFTIGUNGEN DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON

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

weitere:

## 2.8 AUFGABEN DER BETREUUNGSPERSON

### Bei welchen leichten pflegerischen Tätigkeiten soll die Betreuungsperson unterstützen?

(Bitte beachten Sie, dass Behandlungspflege und das Verabreichen von Medikamenten ausgeschlossen sind.)

|                    |                                    |  |
|--------------------|------------------------------------|--|
| Körperhygiene      | Intimpflege                        | Erinnerung 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

### Wenn eine Nachtbetreuung notwendig ist, welche Aufgaben müssen übernommen werden?

### 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

**Welches Alter bevorzugen Sie?**

egal                              bis 50 Jahre                              älter als 50

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

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

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

**Wie wohnt die hilfsbedürftige Person?**

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

**Lebt die hilfsbedürftige Person allein im Haushalt?**

ja                      nein, gemeinsam mit \_\_\_\_\_

### 3.3 ANGABEN ZU HAUSHALSTÄTIGKEITEN

#### 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

#### In welcher Form kann der Betreuungsperson Freizeit ermöglicht werden?

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 BEI ANREISE

#### Ist eine Abholung der Betreuungsperson möglich?

(Bitte beachten Sie, dass die Anreise nur bis zum nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) im Tagessatz inbegriffen ist.)

Abholung persönlich vom nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) möglich

Abholung durch Dritte (Bekannte oder Taxiunternehmen) vom nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) möglich

keine Abholung möglich

Anmerkungen:

## 4. ZWEITE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON (OPTIONAL)

### 4.1 ZUR PERSON

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

#### Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?

1            2            3            4            5            derzeit keinen Pflegegrad

### 4.2 DIAGNOSEN UND GRÜNDE FÜR DIE BETREUNGSBEDÜRFTIGKEIT

|                          |               |  |
|--------------------------|---------------|--|
| Demenz (z. B. Alzheimer) | Einsamkeit    | Herzerkrankung (z. B. Herzinfarkt)               |
| Altersschwäche           | Angstzustände | körperliche Schwäche nach stationärer Behandlung |
| Krebs                    | Depression    | rheumatische Erkrankung                          |
| Unfall/Sturz             | Schlaganfall  | Amputation                                       |
| Parkinson                | Diabetes      |  |

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: \_\_\_\_\_

#### Wird ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen?

nein            wöchentlich            mehrmals pro Woche            täglich            mehrmals täglich

#### Wenn ein amb. Pflegedienst in Anspruch genommen wird, welche Aufgaben soll er auch weiterhin übernehmen?

### 4.3 INKONTINENZ

#### Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?

|      |                          |                           |                         |
|------|--------------------------|---------------------------|-------------------------|
| nein | teilweise (z. B. nachts) | Harninkontinenz           | Stuhlinkontinenz        |
|      | Dauerkatheter            | künstlicher Blasenausgang | künstlicher Darmausgang |

#### Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?

nein            ja, Wechsel erfolgt selbstständig            ja, Wechsel erfolgt durch Betreuungsperson



## 4.4 KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT

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

## 4.5 MOBILITÄT

### Wie mobil ist die hilfsbedürftige Person im Alltag?

|                 |               |                   |                                  |
|-----------------|---------------|-------------------|----------------------------------|
| Bewegung:       | selbstständig | mit Unterstützung |                                  |
| Treppensteigen: | selbstständig | mit Unterstützung | nicht möglich                    |
| Baden/Duschen:  | selbstständig | mit Unterstützung | vollständig auf Hilfe angewiesen |
| An-/Auskleiden: | selbstständig | mit Unterstützung | vollständig auf Hilfe angewiesen |

Ergänzungen:

### Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

nein ja

### Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig?

nein ja, Hilfe beim Umlagern nicht notwendig ja, Hilfe beim Umlagern notwendig

### Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

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

### Ist ein Transfer von Bett zu Roll-, Dusch- oder Toilettenstuhl notwendig?

nein ja, in folgender Häufigkeit pro Tag: \_\_\_\_\_

### Muss die hilfsbedürftige Person angehoben werden?

nein ja, hilfsbedürftige Person hilft mit vollständig

## 4.6 MENTALE VERFASSUNG (DEMENTZ-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 |
|      | Hinlaftendenz              | gestörter Tag-/Nachtrhythmus | starke Unruhe   |
|      | Ablehnung der Körperpflege |                              |                 |

Anmerkungen:

### Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

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

Anmerkungen:

## 4.7 INTERESSEN UND BELIEBTE BESCHÄFTIGUNGEN DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON

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

weitere:

## 4.8 AUFGABEN DER BETREUUNGSPERSON

### Bei welchen leichten pflegerischen Tätigkeiten soll die Betreuungsperson unterstützen?

(Bitte beachten Sie, dass Behandlungspflege und das Verabreichen von Medikamenten ausgeschlossen sind.)

|                    |                                    |  |
|--------------------|------------------------------------|--|
| Körperhygiene      | Intimpflege                        | Erinnerung 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

### Wenn eine Nachtbetreuung notwendig ist, welche Aufgaben müssen übernommen werden?

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

Klingel      „Babyphone“      Rufen