

CHECKLISTE 1 – ERMITTLUNG DES BETREUNGSBEDARFS



So stellen Sie den notwendigen Pflege- und Betreuungsbedarf fest

WIRD HILFE IM HAUSHALT BENÖTIGT? FALLS JA, IN WELCHEM UMFANG?

Zubereiten von Mahlzeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Hausarbeit und Haushaltsführung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Einkäufe und Besorgungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Arztbesuche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
sonstige Termine außer Haus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche

WIRD HILFE BEI DER GRUND- UND KÖRPERPFLEGE BENÖTIGT? MIT WELCHEM ZEITLICHEN AUFWAND?

An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Körperpflege und Hygiene	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Gehen und Treppensteigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Vermeidung von Stürzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche

WIE VIEL ZEIT MUSS FÜR SOZIALE BETREUUNG AUFGEWENDET WERDEN?

Freizeitaktivitäten	<input type="text"/>	Stunden / Woche
persönlicher Kontakt	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Ansprache, Beschäftigung und Begleitung im Alltag	<input type="text"/>	Stunden / Woche
gemeinsames Essen	<input type="text"/>	Stunden / Woche

IST MEDIZINISCHE BEHANDLUNGSPFLEGE ERFORDERLICH? WENN JA, IN WELCHEM UMFANG?

An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Verabreichen von Spritzen und Injektionen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche

Wundversorgung und Verbandswechsel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Stellen und Verabreichen von Medikamenten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Benötigt die pflegebedürftige Person aufgrund ihrer eingeschränkten Alltagskompetenz deutlich mehr Pflege und Betreuung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Falls ja, in welcher Form?				
Treten Hinlauf- bzw. Weglauftendenzen auf?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Ist der Tag-Nacht-Rhythmus gestört?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Beobachten Sie Tendenzen zur Selbstgefährdung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		

STEHEN RESSOURCEN / NETZWERKSTRUKTUREN IN BEZUG AUF MÖGLICHE HILFESTELLUNGEN ZUR VERFÜGUNG?

Können Sie selbst als Angehöriger im Haushalt, bei der Betreuung und Pflege unterstützen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Gibt es noch weitere Angehörige, die helfen können?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Können noch andere nahestehende Personen, Nachbarn oder Bekannte an der Pflege beteiligt werden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Welche Leistungen der Pflegeversicherung können genutzt werden? Gibt es diesbezüglich ein wohnortnahes Angebot?				
▪ Betreuungsdienstleistungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	wohnortnah
▪ Ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	wohnortnah
▪ Tages- oder Nachtpflege	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	wohnortnah
▪ Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	wohnortnah
▪ Sonstige Angebote zur Unterstützung oder Assistenz im Alter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Falls ja, welche?				

Kommen professionelle Dienstleister zum Einsatz?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	Stunden / Woche
Wie würden Sie persönlich den Aufwand der notwendigen Pflege und Betreuung beurteilen?	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> sehr hoch
Kann die Pflege und Betreuung Ihrer ersten Einschätzung nach gut und sicher zu Hause abgebildet werden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Welche Gefahren ergeben sich für die pflegebedürftige Person, sofern diese nicht permanent beaufsichtigt wird?				

BESONDERHEITEN

Wie stellen Sie die Versorgung sicher, wenn Sie oder andere Angehörige erkranken oder verreisen?				
Haben Sie bereits Ihren Anspruch auf Pflegezeit oder Familienpflegezeit geprüft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit	<input type="text"/>	Stunden / Woche