CHECKLISTE-BEDARFS-FESTSTELLUNG

So stellen Sie den vorhandenen Pflegebedarf fest

Wo wird im Haushalt benötigt? Und falls ja, in welchem Umfang?

Zubereiten von Mahlzeiten	☐ nein	☐ ja, mit		Stunden/Woche
Hausarbeit und Haushaltsführung	☐ nein	☐ ja, mit		Stunden/Woche
Einkäufen und Besorgungen	☐ nein	☐ ja, mit		Stunden/Woche

Wo wird im Haushalt benötigt? Und falls ja, in welchem Umfang?

An- und Auskleiden	☐ nein	☐ ja, mit		Stunden/Woche
Körperpflege und Hygiene	☐ nein	☐ ja, mit		Stunden/Woche
Gehen und Treppensteigen	☐ nein	☐ ja, mit		Stunden/Woche
Essen und Trinken	☐ nein	☐ ja, mit		Stunden/Woche
Tagesstrukturierung	☐ nein	☐ ja, mit		Stunden/Woche
Vermeidung von Stürzen	☐ nein	☐ ja, mit		Stunden/Woche

Wie viel Aufwand ist für die sogenannte soziale Betreuung von Nöten?

Essen und Trinken		Stunden/Woche
Tagesstrukturierung		Stunden/Woche
Vermeidung von Stürzen		Stunden/Woche

Sind auch medizinische Behandlungen notwendig? Falls ja, wie viel Zeit beanspruchen diese?

Anziehen und Kompressionsstrümpfe	☐ nein	☐ ja, mit		Stunden/Woche
Verabreichen von Spritzen & Injektionen	☐ nein	☐ ja, mit		Stunden/Woche
Wundversorgung, Verbandswechsel	☐ nein	☐ ja, mit		Stunden/Woche
Überwachung der Medikamenteneinnahme	☐ nein	☐ ja, mit		Stunden/Woche
Tagesstrukturierung	☐ nein	☐ ja, mit		Stunden/Woche
Vermeidung von Stürzen	☐ nein	☐ ja, mit		Stunden/Woche

Wird eine besondere Betreuung gebraucht? Zum Beispiel:

Bedarf die pflegebedürftige Person aufgrund einer eingeschränkten Alltagskompetenz (z.B. Demenz- oder Alzheimererkrankung) oder eine besonderen Betreuung und Anleitung?	☐ nein	☐ ja
Treten Hinlauf- und Weglauftendenzen auf?	☐ nein	☐ ja

CHECKLISTE - BEDARFS-FESTSTELLUNG

Ist der Tag-Nacht-Rhythmus intakt oder gestört? ☐ nein ☐ ja

Beobachten Sie Tendenzen zur Selbstgefährdung? ☐ nein ☐ ja

Ressourcen-Feststellung

Wie viel Zeit und Hilfe können Sie im Haushalt und für die Pflege aufbringen? Gibt es noch weitere pflegende Angehörige? _____ Stunden/Woche

Welche Zeitressourcen können andere nahestehenden Personen einbringen? _____ Stunden/Woche

Wie viel können Nachbarn oder Bekannte zusätzlich übernehmen? _____ Stunden/Woche

Wofür kommen Dienstleister zum Einsatz? _____ Stunden/Woche

Besonderheiten

Wie klären Sie die Versorgung, wenn Sie oder andere Angehörige erkranken oder verreisen?

Haben Sie bereits Ihren Anspruch auf Pflegezeit oder Familienpflegezeit überprüft? ☐ ja ☐ nein
(Hierzu siehe auch Kapitel:
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (LINK)

Nutzen Sie gerne unseren Online-Erhebungsbogen um den Bedarf ganzheitlich zu erfassen und zu beschreiben.