



Fragebogen zum Hilfebedarf

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Kurzdiagnosen (mit ICD-10 Diagnose-Schlüssel), Art der Behinderung _____

Die Krankheit besteht seit _____

Schädigungsursache (optional)

Krankheit Unfall Suizidversuch Sonstiges

Medizinische Besonderheiten/Ansteckende Krankheiten/Impfschutz _____

Medikamente (aktueller Stand) _____

Wichtige Impfungen mit Datum (z. B. Covid 19) _____

Hilfsmittel

Elektrorollstuhl Rollstuhl Rollator WC-Sitzerhöhung Gehstöcke Prothesen
 Hörgerät Atemgerät Lifter WC-Duschstuhl Kommunikator Eshilfe
 Schwerlastbett Sehhilfe Sonstiges _____

Benötigte Therapien

Physiotherapie (KG) Ergotherapie Logopädie Psychotherapie Psychiatrische Anbindung
 Sonstiges _____

Derzeitige Behandlung durch

Therapeuten

Name/Fachgebiet/Telefonnummer

Psychologen

Name/Fachgebiet/Telefonnummer

Beratungsstellen

Name/Fachgebiet/Telefonnummer

Klinikaufenthalte/Bisherige Rehamaßnahmen

von _____ bis _____ Einrichtung _____ Aufenthaltsgrund _____

von _____ bis _____ Einrichtung _____ Aufenthaltsgrund _____

von _____ bis _____ Einrichtung _____ Aufenthaltsgrund _____

Hilfebedarf Körperpflege

- Waschen selbstständig teilweise Übernahme vollständige Unterstützung Anleitung _____
- Mundpflege selbstständig teilweise Übernahme vollständige Unterstützung Anleitung _____
- Rasieren/Kämmen selbstständig teilweise Übernahme vollständige Unterstützung Anleitung _____
- Baden/Duschen selbstständig teilweise Übernahme vollständige Unterstützung Anleitung _____
- An-/Auskleiden selbstständig teilweise Übernahme vollständige Unterstützung Anleitung _____

Hilfebedarf Mobilität

- Aufstehen selbstständig teilweise Übernahme vollständige Unterstützung Anleitung _____
- Gehen selbstständig teilweise Übernahme vollständige Unterstützung Anleitung _____
- Treppen steigen selbstständig teilweise Übernahme vollständige Unterstützung Anleitung _____
- Toilettengang selbstständig teilweise Übernahme vollständige Unterstützung Anleitung _____
- Sitzen im Stuhl selbstständig teilweise Übernahme vollständige Unterstützung Anleitung _____
- Transfer Bett/Stuhl selbstständig teilweise Übernahme vollständige Unterstützung Anleitung _____
- Lagerung selbstständig teilweise Übernahme vollständige Unterstützung Anleitung _____

Lagerungsmittel/Lagerungsintervall _____

Hautzustand Haut intakt Hautdefekte/Decubitus

Beschreibung des Hautzustandes/Pflege _____

Kommunikation möglich nicht möglich
 eingeschränkt durch Sehstörung Schwerhörigkeit Sprachstörung Sonstiges _____

Muttersprache _____ Ausreichende Deutschkenntnisse ja nein

Orientierung orientiert nicht orientiert (z. B. örtlich, zeitlich, zur Situation, zur Person) Weglauftendenz

Stimmungslage normal gehoben gedämpft suizidgefährdet

Motivation entwickelt Eigeninitiative aktiv nach Aufforderung
 passiv ablehnend Sonstiges _____

Ernährung selbstständig mit Hilfe/Art der Hilfe _____ Sonde Aufsichtsbedarf
 Unverträglichkeiten _____
 spezielle Diäten/Sonderkost _____

Ausscheidung

Stuhlgang kontinent inkontinent teilweise inkontinent
Urin kontinent inkontinent teilweise inkontinent
Anus praeter seit _____ DK seit _____ Suprapubischer DK seit _____

Bemerkungen (Obstipation/Diarrhö/Maßnahmen) _____

Umgang mit Genuss-/Suchtmittel (z. B. Zigaretten, Alkohol, Medikamente, Drogen, Medien)

nein ja, was/wie viel/wie oft _____

Schlafverhalten unauffällig Schlafstörung Schlafhilfe _____

Schlafgewohnheiten _____

Schmerzen keine ja, seit _____ leicht stark unerträglich Wo? _____

Welche Maßnahmen/Medikamente helfen? _____

Sonstiges/Bemerkungen _____

Bitte fügen Sie Ihrer Anmeldung aussagekräftige Arztberichte, Therapieberichte und Gutachten bei.

ausgefüllt von _____

Ort/Datum _____

Unterschrift _____