



## Fragebogen

### zum Unterstützungsbedarf für Freizeit-TeilnehmerInnen

Bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie nachfolgende Fragen. Mit Hilfe dieses Fragebogens wollen wir zum einen den Bedarf an ambulanter Pflege abfragen. Zum anderen möchten wir auf diesem Weg den Unterstützungs-/Betreuungsbedarf – v.a. langjähriger ReisetilnehmerInnen – auf den aktuellen Stand bringen. Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und ausschließlich zur Verwaltung und Durchführung unseres Angebots verwendet.

#### Allgemeine Informationen

Name \_\_\_\_\_

Pflegegrad  nein  ja und zwar \_\_\_\_\_

#### Wer übernimmt die Pflege zuhause?

- selbstständig
- ambulanter Pflegedienst →  morgens  abends
- Angehöriger/Einrichtung
- sonstige Person \_\_\_\_\_

#### Mobilität

- gehen**  selbstständig  mit Hilfe  wenige Schritte  Langstrecken
- stehen**  selbstständig  mit Hilfe
- Hilfsmittel**  Rollator  Gehstock  Krücken  Rollstuhl
- sonstige Hilfsmittel \_\_\_\_\_

Von RollstuhlfahrerInnen auszufüllen

- Rollstuhlart  elektrisch  ohne Antrieb →  ich brauche Schiebehilfe
- Umsitzer  nein  ja

#### Körperpflege

- Unterstützung bei  Duschen  Waschen  Mundpflege
- Haarpflege  Hautpflege
- Hilfsmittel  Duschstuhl  Duschhocker  sonstiges \_\_\_\_\_



### Kleidungswechsel

- An-/Auskleiden des Oberkörpers                       An-/Auskleiden des Unterkörpers  
 sonstige Hilfestellungen \_\_\_\_\_

### Toilettengang

- Hilfestellung             nein             ja und zwar \_\_\_\_\_  
  
Inkontinenz             ja             nein  
  
Hilfsmittel             Toilettenstuhl             Toilettensitzerhöhung

### Ernährung

- Essen             selbstständig             Essensgabe notwendig  
                     keine Besonderheiten     vegetarisch             pürierte Kost  
  
Lebensmittelallergien     nein             ja und zwar \_\_\_\_\_  
  
Trinken             selbstständig             mit Hilfe  
  
Schluckstörungen     nein             ja

### Pflegebedarf bei Nacht

- Pflegebedarf in der Nacht     nein             ja →  1-mal             \_\_\_\_\_-mal  
  
Lagerung notwendig             nein             ja  
  
Hilfsmittel             Pflegebett

### Medizinische Behandlungspflege

- Wundversorgung             nein             ja  
  
Verbandswechsel             nein             ja  
  
Injektionen             nein             ja  
  
Medikamente             nein             ja



### Weitere Hilfsmittel

- |                     |                                   |  |
|---------------------|-----------------------------------|--|
| Galgen              | <input type="checkbox"/> dringend | <input type="checkbox"/> falls verfügbar |
| Lifter/Aufstehhilfe | <input type="checkbox"/> dringend | <input type="checkbox"/> falls verfügbar |

### Sonstige Informationen

Hier ist Platz für ergänzende oder weiterführende Ausführungen

---

---

---

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit der von Ihnen gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
rechtsverbindliche Unterschrift des Teilnehmers/  
ggf. gesetzlichen Vertreters