

## Fragebogen zur vorherigen Versorgung

Name, Vorname:

geb. am:

- 
1. Besteht der Pflegebedarf schon länger als 3 Monate?  ja  nein  
2. Haben Sie bereits einen Pflegegrad?  ja  nein  
3. Wenn nein: Wurde bereits ein Pflegegrad beantragt?  ja  nein  
4. Gab es einen Klinikaufenthalt?  ja  nein  
5. Welche Diagnose liegt vor?
- 
- 

6. Wurden bereits Pflegeleistungen in Anspruch genommen?  ja  nein  
7. Wenn ja, welche?  
7.1. Pflegegeld mit Pflege durch Angehörige?  ja  nein  
7.2. Ambulanter Pflegedienst?  ja  nein  
7.3. Wohnraumanpassungen (Umbau barrierefreie Wohnung, Lift, Rampe, sonst. Hilfsmittel)?  ja  nein  
7.4. Hausnotruf-Dienste  ja  nein  
7.5. Essen auf Rädern?  ja  nein  
7.6. Betreuungsgruppe?  ja  nein  
7.7. Tagespflege?  ja  nein  
7.8. Nachtpflege?  ja  nein

8. Wohnsituation:  alleine lebend  lebt zusammen mit: \_\_\_\_\_  
9. Wohnungsart:  Wohnung im EG  Wohnung in oberen Stockwerken  Haus  
10. Ist Ihre Wohnung/Haus Pflegegerecht?  ja  nein  
11. Sind Verwandte, Nachbarn oder nahestehende Personen zur Pflege bereit?  ja  nein

12. Wunsch des Hilfeempfängers hinsichtlich weiterer Versorgung?  
 häusliche Versorgung  stationäre Versorgung  Kurzzeitpflege  
13. Ist aus Ihrer Sicht eine ambulante Hilfe möglich?  ja  nein

14. Hatten Sie schon eine Beratung beim zuständigen Pflegestützpunkt?  ja  nein  
15. Haben Sie Interesse an einer Beratung durch den Pflegestützpunkt?  ja  nein  
16. Dürfen wir Ihre Kontaktdaten an den zust. Pflegestützpunkt weiterleiten?  ja  nein