

Bedarfsanalyse

Auftraggeber

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Beziehung zur zu betreuenden Person
.....

Im Notfall zu benachrichtigende Person

Festnetz/Mobil

Rechnungsempfänger

Auftraggeber zu betreuende Person andere Person

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Zu betreuende Person

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Geburtsdatum..... Größe cm Gewicht kg

Pflegegrad: Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

Pflegegrad beantragt: welches wann

Bedarfsanalyse

Pflegedienst:

Erfolgt derzeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst? Ja Nein

Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden? Ja Nein

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst / wie oft?

Lebt eine weitere Person, außer der zu betreuenden Person, im Haushalt?

Ja Nein

Wenn ja, Name.....

Beziehung zur zu betreuenden Person

.....

Wenn ja, Geschlecht? männlich weiblich

Geburtsdatum..... Größe cm Gewicht kg

Pflegegrad: Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

Pflegegrad beantragt: welches wann

Angaben zum Pflegebedarf

Diagnosen:

- | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Hypotonie | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |

Geistiger Zustand

klar verwirrt dem Alter entsprechend teilnahmslos

Bewegungsfähigkeit

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung beim Gehen |
| <input type="checkbox"/> bettlägerig | <input type="checkbox"/> auf Rollstuhl angewiesen |

Bedarfsanalyse

Vorhandene Hilfsmittel

- Rollator Rollstuhl Pflegestuhl Toilettenstuhl
 Lifter Wannenfifter Pflegebett
 sonstige Hilfsmittel:

Körperpflege

- selbstständig mit Unterstützung komplette Übernahme

An-/Auskleiden

- selbstständig mit Unterstützung komplette Übernahme

Nahrungsaufnahme

- selbstständig mit Unterstützung komplette Übernahme
 Magensonde

Aufstehen/zu Bett gehen

- selbstständig mit Unterstützung komplette Übernahme

Toilette

- selbstständig benötigt Unterstützung Urininkontinenz
 Katheter Stuhlinkontinenz künstlicher Ausgang

Vorhandene Hilfsmittel:

Schlafsituation

Wird nachts Unterstützung benötigt?

- Nein 1 Mal pro Nacht 2 Mal pro Nacht
 öfter als 2 Mal pro Nacht Sonstige Bemerkungen:

Bedarfsanalyse

Wie ist die zu betreuende Person vom Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung)

Hobbys und Interessen der zu betreuenden Person

Wohnsituation am Pflegeort

Nächste größere Stadt

Entfernung zum Wohnort:

Lage: Großstadt

Kleinstadt Dorf

Wohnsituation: Haus

Wohnung (Etage):

Lift: ja

nein

Ist ein Fahrrad vorhanden

ja nein

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

ca. 10 Min

ca. 20 Min

länger als 20 Min

Ausstattung für Pflegekraft:

Eigene Wohnung

Eigenes Zimmer

eigenes Bad

Internetanschluss

Radio

TV

Fenster

Haustier:

keine

wenn ja, welche:

.....

Bedarfsanalyse

Anforderungen an die Pflegekraft

Geschlecht:

- Frau Mann egal

Nichtraucher:

- Ja nein nur draußen

Führerschein:

- ja, mit Fahrpraxis egal

Deutschkenntnisse:

- Grundkenntnisse Kommunikativ sehr gut

- Sonstige Anforderungen:

Sonstiges

Aufgaben im Haushalt:

- Reinigung der Wohnung Waschen Bügeln
 Einkäufe Kochen Haustierversorgung
 Garten/Mähen Winterdienst
 Sonstiges:

Gesamtzahl Personen im Haushalt:

- 1 2 3 mehr als 3

Erfolgen regelmäßige Besuche?

- ja nein

Wird Hilfe benötigt?

- ganztags (zur Betreuung)
 halbtags
 stundenweise (auf Abruf)

Bedarfsanalyse

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes:

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes

1 Monat bis 3 Monate länger als 3 Monate

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Wer hat uns empfohlen?

Weitere Bemerkungen:

Wir halten uns an die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen und nutzen Ihre Daten nur für Zwecke, zu denen Sie uns berechtigt haben.