

Bedarfsanalyse

Bitte füllen Sie diesen unverbindlichen Fragebogen möglichst vollständig und ausführlich aus und senden (per Post, Fax oder per Email) an uns. Wir benötigen diese Informationen - um Ihnen ein detailliertes und verbindliches Angebot unsererseits erstellen zu können.

Auftraggeber:	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
PLZ / Ort	
Straße	
Telefon	
Handy	
Fax	
E-Mail	
Verwandtschaftsgrad	

Verwandschaft: / Kontaktperson:	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
PLZ / Ort	
Straße	
Telefon	
Handy	
Fax	
E-Mail	
Verwandtschaftsgrad	

Zu betreuende Person 1:	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
PLZ / Ort	
Straße	
Telefon Privat	
Gewicht / Größe	KG cm

Zu betreuende Person 2: / Ehepartner:	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
PLZ / Ort	
Straße	
Telefon Privat	
Gewicht / Größe	KG cm
Ist die zweite Person mit zu versorgen?	ja (dann 2. Bogen ausfüllen) nein

Hausarzt:		Pflegedienst:	
Name		Name	
PLZ / Ort		PLZ / Ort	
Straße		Straße	
Telefon		Telefon	
Handy		Handy	
Fax		Fax	
E-Mail		E-Mail	

Pflegestufe: keine 1 2 3 Härtefall
 Pflegestufe beantragt: welche , wann

Pflegedienst:
 Erfolgt derzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst: ja nein
 Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden: ja nein
 Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:
 Wie oft:

Diagnosen:

Geistige Behinderung		Asthma	beginnende Demenz	Diabetes
Schlaganfall	re li	Dekubitus	Demenz	Bluthochdruck
Niedriger Blutdruck		Osteoporose	Alzheimer	COPD
Herzinsuffizienz		Rheuma	Parkinson	Allergien
Hypertonie		multiple Sklerose	Depression	Tumor
Herzinfarkt		sonstige:		

Betreuungsversorgung:

<u>Orientierung:</u>				<u>Stimmung:</u>			
zeitlich	ja	zeitweise	nein	normal	ja	zeitweise	nein
örtlich	ja	zeitweise	nein	depressiv	ja	zeitweise	nein
zur Person	ja	zeitweise	nein	aggressiv	ja	zeitweise	nein
zur Situation	ja	zeitweise	nein	wahnhaft	ja	zeitweise	nein
Geistiger Zustand:	klar	apathisch	teilnahmslos	leicht dement	dement		
<u>Kommunikation:</u>							
	Einschränkungen			Hilfsmittel			
Hörvermögen:	keine	geringe	starke	Hörgerät:	ja	nein	
Sehkraft:	keine	geringe	starke	Brille:	ja	nein	
Sprache:	keine	geringe	starke				
<u>Bewegung:</u>	selbständig mit Unterstützung		bettlägerig (mithelfend) bettlägerig (gelähmt)		im Rollstuhl (mithelfend) im Rollstuhl (gelähmt)		
Hilfsmittel:	Rollator Stock Pflegebett sonstige Hilfsmittel:		Pflegestuhl Lifter Toilettenstuhl		Rollstuhl Wannelifter Dekubitusmatratze		
<u>Treppensteigen:</u>	selbständig		mit Unterstützung		nicht möglich		
<u>Transfer Bett/Rollstuhl:</u>	selbständig		mit Unterstützung		nicht möglich		
<u>An-/auskleiden:</u>	selbständig		mit Unterstützung		volle Übernahme		
<u>Essen/Trinken:</u>	selbständig		mit Unterstützung		volle Übernahme		
	sonstige:						

Schlafsituation:

<u>Schlafstörung:</u>	keine	gelegentlich	Schlaf/Wachrhythmus gestört	
Wenn ja, genauer beschreiben:				
<u>Wie oft steht der Patient jede Nacht auf ?</u>		1 Mal	2-3 Mal	mehr als 3 Mal
<u>Benötigt er dabei Hilfe?</u>	ja	nein		
<u>Bekommt Schlafmittel:</u>	ja	nein		
sonstige Bemerkungen:				

Körperpflege:

	selbstständig	mit Unterstützung	komplette Unterstützung
Gesicht:			
Mundpflege / Zahnprothese:			
Oberkörper:			
Gesäß / Beine:			
Intimpflege:			
Haare kämmen / waschen:			
Rasieren:			
Handpflege:			
Fußpflege:			

Ausscheidung:

<u>Urin:</u>	kontinent	teilweise inkontinent (z.B. nachts)	inkontinent
Hilfsmittel:	Windeln sonstige:	Katheter	Urinflasche
<u>Stuhl:</u>	kontinent	teilweise inkontinent	inkontinent
Hilfsmittel:			

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

Hobbys und Interessen der zu betreuenden Person:

Haushaltsversorgung:

<u>Tätigkeiten:</u>	immer	ab und zu	nein
Reinigung der Wohnung:			
Einkäufe:			
Kochen:			
Waschen:			
Bügeln:			
Sonstiges:			

Rahmenbedingungen:

<u>Lage:</u>	Großstadt	Kleinstadt	Dorf	ländlich
<u>Wohnsituation:</u>				
Villa	Einfamilienhaus	Mehrfamilienhaus	Wohnung (Etage):	Lift: ja nein
<u>Ausstattung des Zimmers der Betreuers:</u>				
Eigene Wohneinheit	eigenes Zimmer im Haus/ Wohnung	Internetanschluss	Eigenes Bad	
Bett	Tisch	Radio	TV	Couch
		Fenster	Schrank	

<u>Einkaufsmöglichkeiten(zu Fuß):</u>	ca.10 Min	ca.20Min	ca. 40Min	länger
<u>Haustiere:</u> Sollen die Haustiere mitversorgt werden:	keine ja		wenn ja, welche: nach Bedarf	nein
<u>Besuch von Angehörigen:</u> Wohnen Angehörige im selben Haus: in der Nähe:	ja ja	nein nein		
Wie oft kommen sie zu Besuch?				

Arbeitsbedingungen:

<u>Voraussichtliche Arbeitszeit pro Tag:</u>	Stunden
<u>Freizeit:</u> Stundenweise: 1Tag/pro Woche zwei halbe Tage pro Woche nach Absprache:	Stunden täglich

Anforderungen an das Personal:

<u>Geschlecht:</u>	Frau	Mann	egal
<u>Deutschsprachkenntnisse:</u> Keine wenn das Personal kein Deutsch spricht, sollte er eine andere Sprache können, und zwar:	Grundkenntnisse	Kommunikativ	Gut
<u>Führerschein:</u>	ja, mit Fahrpraxis	nein	
<u>Nichtraucher:</u>	wichtig	egal	
Sonstige Anforderungen:			

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes:

Voraussichtlicher Dauer des Einsatzes: 1 Monat bis 3 Monate länger als 3 Monate

Antwort erwünscht per:

Mail Telefon Fax Post

Haben Sie noch Fragen oder Anregungen?

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

Ort

Datum

Unterschrift