

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	

Verwandtschaft / 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	

<u>Pflegegrad:</u>	keine 1 2 3 4 5 Härtefall	
	Pflegegrad beantragt: welche , wann	
<u>Pflegedienst:</u>		
Erfolgt derzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst?	ja	<input type="checkbox"/>
Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden?	ja	<input type="checkbox"/>
Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:		
Wie oft:		

Diagnosen - bitte ankreuzen:

Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	Hypertonie	<input type="checkbox"/>	beginnende Demenz	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Demenz	<input type="checkbox"/>	COPD	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Dekubitus	<input type="checkbox"/>	Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Tumor	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Dekubitus	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	Allergien - bitte eintragen:					<input type="checkbox"/>

Sonstige Diagnosen - bitte eintragen:

--

Betreuungsversorgung:

Orientierung: <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th><th>ja</th><th>zeitweise</th><th>nein</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>zeitlich</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>örtlich</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>zur Person</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>zur Situation</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		ja	zeitweise	nein	zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zur Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimmung: <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th><th>ja</th><th>zeitweise</th><th>nein</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>normal</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>depressiv</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>aggressiv</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>wahnhaft</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		ja	zeitweise	nein	normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	depressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wahnhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	zeitweise	nein																																						
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
zur Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
	ja	zeitweise	nein																																						
normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
depressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
wahnhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Geistiger Zustand: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>klar</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>apathisch</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>teilnahmslos</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>leicht dement</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>dement</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		klar	<input type="checkbox"/>	apathisch	<input type="checkbox"/>	teilnahmslos	<input type="checkbox"/>	leicht dement	<input type="checkbox"/>	dement	<input type="checkbox"/>																														
klar	<input type="checkbox"/>	apathisch	<input type="checkbox"/>	teilnahmslos	<input type="checkbox"/>	leicht dement	<input type="checkbox"/>	dement	<input type="checkbox"/>																																
Kommunikation: <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th><th colspan="3">Einschränkungen</th><th colspan="3">Hilfsmittel</th></tr> <tr> <th>keine</th><th>geringe</th><th>starke</th><th>ja</th><th>manchmal</th><th>nein</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hörvermögen</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Sehkraft</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Sprache</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			Einschränkungen			Hilfsmittel			keine	geringe	starke	ja	manchmal	nein	Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Einschränkungen			Hilfsmittel																																					
	keine	geringe	starke	ja	manchmal	nein																																			
Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Sehkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Bewegung: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>selbständig</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>bettlägerig (mithelfend)</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>im Rollstuhl (mithelfend)</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>mit Unterstützung</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>bettlägerig (gelähmt)</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>im Rollstuhl (gelähmt)</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		selbständig	<input type="checkbox"/>	bettlägerig (mithelfend)	<input type="checkbox"/>	im Rollstuhl (mithelfend)	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	bettlägerig (gelähmt)	<input type="checkbox"/>	im Rollstuhl (gelähmt)	<input type="checkbox"/>																												
selbständig	<input type="checkbox"/>	bettlägerig (mithelfend)	<input type="checkbox"/>	im Rollstuhl (mithelfend)	<input type="checkbox"/>																																				
mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	bettlägerig (gelähmt)	<input type="checkbox"/>	im Rollstuhl (gelähmt)	<input type="checkbox"/>																																				
Hilfsmittel: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Rollator</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Pflegestuhl</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Rollstuhl</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Stock</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Lifter</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Wannenlifter</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pflegebett</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Toilettenstuhl</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Dekubitusmatratze</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>sonstige:</td><td colspan="5"></td> </tr> </table>		Rollator	<input type="checkbox"/>	Pflegestuhl	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Stock	<input type="checkbox"/>	Lifter	<input type="checkbox"/>	Wannenlifter	<input type="checkbox"/>	Pflegebett	<input type="checkbox"/>	Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/>	sonstige:																					
Rollator	<input type="checkbox"/>	Pflegestuhl	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>																																				
Stock	<input type="checkbox"/>	Lifter	<input type="checkbox"/>	Wannenlifter	<input type="checkbox"/>																																				
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/>																																				
sonstige:																																									
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th><th>selbständig</th><th>mit Unterstützung</th><th>nicht möglich/ volle Übernahme</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Treppensteigen</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Transfer Bett/Rollstuhl</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>An-/Auskleiden</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Essen/Trinken</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Begleitung WC</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>sonstige:</td><td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table>			selbständig	mit Unterstützung	nicht möglich/ volle Übernahme	Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfer Bett/Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Begleitung WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonstige:															
	selbständig	mit Unterstützung	nicht möglich/ volle Übernahme																																						
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Transfer Bett/Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Begleitung WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
sonstige:																																									

Schlafsituation:

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

Körperpflege:

	selbstständig	mit Unterstützung	komplette Unterstützung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen / waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausscheidung:

<u>Urin:</u>	kontinent	<input type="checkbox"/>	Teilweise inkontinent (z.B. nachts)	<input type="checkbox"/>	inkontinent	<input type="checkbox"/>
<u>Stuhl:</u>	kontinent	<input type="checkbox"/>	Teilweise inkontinent (z.B. nachts)	<input type="checkbox"/>	inkontinent	<input type="checkbox"/>
<u>Hilfsmittel:</u>	Windeln	<input type="checkbox"/>	Katheter	<input type="checkbox"/>	Urinflasche	<input type="checkbox"/>

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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkäufe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bügeln:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:			

Rahmenbedingungen:

Lage:

Großstadt	<input type="checkbox"/>	Kleinstadt	<input type="checkbox"/>	Dorf	<input type="checkbox"/>	ländlich	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------	--------------------------	------	--------------------------	----------	--------------------------

Wohnsituation:

Villa	<input type="checkbox"/>	EFH	<input type="checkbox"/>	MFH	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	---------	--------------------------

Etage:

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Lift:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Ausstattung des Zimmers der Betreuers:

Eigene Wohneinheit	<input type="checkbox"/>	Bett	<input type="checkbox"/>
Eigenes Zimmer	<input type="checkbox"/>	Couch	<input type="checkbox"/>
Eigenes Bad	<input type="checkbox"/>	Tisch	<input type="checkbox"/>
Internetanschluss	<input type="checkbox"/>	Schrank	<input type="checkbox"/>
TV	<input type="checkbox"/>	Fenster	<input type="checkbox"/>

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

ca. 10 Min	<input type="checkbox"/>	ca. 20 Min	<input type="checkbox"/>	ca. 40 Min	<input type="checkbox"/>	länger	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	------------	--------------------------	------------	--------------------------	--------	--------------------------

Anschluss öffentlicher Nahverkehr vorhanden:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, dann welche:			

Haustiere:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, dann welche:			

Besuch von Angehörigen:

Wohnen Angehörige im selben Haus:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

in der Nähe:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Wie oft kommen sie zu Besuch:

regelmäßig	<input type="checkbox"/>	kein Besuch	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	-------------	--------------------------

Tagessstruktur der zu betreuenden Person:

Morgens:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Anforderungen an das Personal:

Geschlecht:							
Frau	<input type="checkbox"/>	Mann	<input type="checkbox"/>	egal	<input type="checkbox"/>		
Deutschsprachkenntnisse:							
Keine	<input type="checkbox"/>	Grundkenntnisse	<input type="checkbox"/>	Kommunikativ	<input type="checkbox"/>	Gut	<input type="checkbox"/>
Andere Sprachen:							
Führerschein:							
ja, mit Fachpraxis	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>				
Nichtraucher:							
wichtig	<input type="checkbox"/>	egal	<input type="checkbox"/>				

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes:	1 Monat	<input type="checkbox"/>	bis 3 Monate	<input type="checkbox"/>	länger als 3 Monate	<input type="checkbox"/>
Voraussichtliche Dauer des Einsatzes:						

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Internet	<input type="checkbox"/>	Empfehlung	<input type="checkbox"/>	Zeitung	<input type="checkbox"/>	Sozialstation	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	------------	--------------------------	---------	--------------------------	---------------	--------------------------

Antwort erwünscht per:

Mail	<input type="checkbox"/>	Telefon	<input type="checkbox"/>	Post	<input type="checkbox"/>	Fax	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	---------	--------------------------	------	--------------------------	-----	--------------------------

Haben Sie noch Fragen oder Anregungen?

Datenschutz

Wir respektieren und schützen Ihre Privatsphäre. Die Seniorenpflege Seniorenkraft e.K wird personenbezogene Daten nur zum Zweck der Bearbeitung Ihrer Anfrage und ggf. im Rahmen einer nachfolgenden Vermittlungsbetreuung verwenden. Selbstverständlich können Sie die Löschung Ihrer Daten auch jederzeit durch persönliche, schriftliche oder fernmündliche Kontaktaufnahme mit uns verlangen.

Bestätigung

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die Seniorenpflege Seniorenkraft e.K die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen, persönlichen Daten zur Kontaktperson bzw. zum Hilfsbedürftigen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Soweit es für die Bearbeitung meiner Anfrage notwendig ist, gibt die Seniorenpflege Daheim GmbH diese Daten an Vertragspartner weiter, die diese Daten benötigen, um einen Personalvorschlag bzw. ein Vertragsangebot zur Unterstützung des Hilfsbedürftigen zu unterbreiten.

- Ich versichere zur Angabe und Weiterleitung der hier genannten Daten befugt zu sein.
 Ich bestätige, dass die zuvor genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort

Datum

Unterschrift