

Pflegebedarfsanalyse

Allgemeine Informationen

Angaben zur Kontaktperson:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße/Nr.:	<input type="text"/>	PLZ/Ort.:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>		

Angabe Patient(en)

	Patient 1		Patient 2
Name:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geb.-Dat.:	<input type="text"/>	Geb.-Dat.:	<input type="text"/>
Gewicht/ Größe:	<input type="text"/>	Gewicht/ Größe:	<input type="text"/>

Anschrift Patient(en)

Straße/Nr.:	<input type="text"/>		
PLZ/Ort.:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>

1. Diagnosen / Krankheitsbilder

Patient 1

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Gehschwäche |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstör. | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> chronischer Durchfall | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | | |

2. Pflegegrade

		1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> keine	Falls ja, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beantragt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Pflegedienst

Erfolgt eine Versorgung durch den Pflegedienst? ja nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst weiter genutzt werden? ja nein

4. Einschränkungen im Gesundheitszustand

- | | | | |
|--|--|--|---|
| Sprache: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörvermögen: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Sehkraft: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörgerät: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Brille: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Bewegung: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> bettlägerig |
| Hilfsmittel: | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> keine |
| Treppen: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| Transfer Bett/Rollstuhl: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> kein Transfer |
| Geistiger Zustand: | <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> teilnahmslos | <input type="checkbox"/> verwirrt |
| Toilette: <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> Teilinkontinenz | <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Körperpflege: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| An-/Auskleiden: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| Essen/Trinken: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |

5. Ein-/Durchschlafen

uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Wie oft steht der Patient nachts auf?

Ist die Hilfe der Betreuungskraft erforderlich? ja nein teilweise

1. Diagnosen / Krankheitsbilder

Patient 2

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Gehschwäche |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstör. | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> chronischer Durchfall | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | | |

2. Pflegegrade

- | | | | | | | |
|--------------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> keine | Falls ja, welche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beantragt: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Pflegedienst

Erfolgt eine Versorgung durch den Pflegedienst? ja nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst weiter genutzt werden? ja nein

4. Einschränkungen im Gesundheitszustand

- | | | | |
|--|--|--|---|
| Sprache: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörvermögen: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Sehkraft: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörgerät: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Brille: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Bewegung: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> bettlägerig |
| Hilfsmittel: | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> keine |
| Treppen: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| Transfer Bett/Rollstuhl: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> kein Transfer |
| Geistiger Zustand: | <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> teilnahmslos | <input type="checkbox"/> verwirrt |
| Toilette: <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> Teilinkontinenz | <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Körperpflege: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| An-/Auskleiden: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| Essen/Trinken: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |

5. Ein-/Durchschlafen

uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Wie oft steht der Patient nachts auf?

Ist die Hilfe der Betreuungskraft erforderlich? ja nein teilweise

III. Aufgabenprofil des Haushaltes

Grundversorgung

- Körperhygiene Inkontinenzversorgung Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

Aktivierende Versorgung

- An- und Auskleiden Hilfestellung beim Bewegungsablauf Lagern im Bett

Hauswirtschaftliche Versorgung

- Kochen Waschen/Bügeln Reinigung
 Einkaufen Zimmerpflanzenpflege Haustierversorgung

Gesellschaft leisten/Freizeitgestaltung

- Unterhalten/Zuhören Spazieren gehen Gesellschaftsspiele spielen
 Ausflüge Vorlesen Musizieren

Sonstiges

IV. Weitere Rahmenbedingungen

1. Wann soll die Betreuung beginnen?

2. Wer wird der Vertragspartner?

- Kontaktperson Patient

Das Ausfüllen des Fragebogens ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keiner Zahlung. Es dient ausschließlich dazu Ihnen ein geeignetes Angebot zu erstellen.

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Datenschutz: Der Auftraggeber willigt ein, dass seine Daten vom Senioren Service Stefanie Klopp im Rahmen der Vermittlungs- und Beratungstätigkeit frei genutzt und gespeichert werden dürfen, um den Kunden bestmöglich zu betreuen. Die Weitergabe an Dritte ist somit erlaubt, sofern es die Tätigkeit unterstützt oder notwendig macht. Die Daten des Auftraggebers werden absolut vertraulich behandelt.

Ort/Datum

Unterschrift