

Lombacherstrasse 21
D-72293 Glatten
Tel.: +49 (0) 7443 280998
Mobil: +49 (0) 151 40151915
Fax: +49 (0) 7443 280997

Karlstrasse 35
D-80333 München
Tel.: +49 (0) 8945 2352462
Fax: +49 (0) 8945 2352

Pflegebedarfsanalyse

Allgemeine Informationen

Angaben zur Kontaktperson:

Name:		Vorname:	
Straße/Nr.:		PLZ/Ort.:	
Telefon:		Mobil:	
Email:			

Angabe Patient(en)

Patient 1		Patient 2	
Name:		Name:	
Vorname:		Vorname:	
Geb.-Dat.:		Geb.-Dat.:	
Gewicht/ Größe:		Gewicht/ Größe:	

Anschrift Patient(en)

Straße/Nr.:			
PLZ/Ort.:			
Telefon:		Mobil:	

1. Diagnosen / Krankheitsbilder**Patient 1**

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Schlaganfall | ☐ Osteoporose | ☐ Herzinfarkt | ☐ Gehschwäche |
| ☐ Asthma | ☐ HIV | ☐ Herzrhythmusstör. | ☐ Inkontinenz |
| ☐ Parkinson | ☐ Allergien | ☐ Herzinsuffizienz | ☐ Alzheimer |
| ☐ Depression | ☐ Multiple Sklerose | ☐ Rheuma | ☐ Stoma |
| ☐ beginnende Demenz | ☐ Demenz | ☐ Krebs | ☐ Dekubitus |
| ☐ chronischer Durchfall | ☐ Diabetes | ☐ Diabetes insulinpfl. | ☐ Dauerkatheter |
| ☐ Sonstige: | | | |

2. Pflegestufe

- | | | | | |
|--------------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 |
| ☐ keine | Falls ja, welche | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Beantragt: | ☐ | ☐ | ☐ |

3. PflegedienstErfolgt 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: | ☐ keine | ☐ leichte | ☐ massive Probleme |
| Hörvermögen: | ☐ keine | ☐ leichte | ☐ massive Probleme |
| Sehkraft: | ☐ keine | ☐ leichte | ☐ massive Probleme |
| Hörgerät: | ☐ ja | ☐ nein | |
| Brille: | ☐ ja | ☐ nein | |
| Bewegung: | ☐ selbstständig | ☐ mit Unterstützung | ☐ bettlägerig |
| Hilfsmittel: | ☐ Rollstuhl | ☐ Rollator | ☐ keine |
| Treppen: | ☐ selbstständig | ☐ mit Unterstützung | ☐ nicht möglich |
| Transfer Bett/Rollstuhl: | ☐ selbstständig | ☐ mit Unterstützung | ☐ kein Transfer |
| Geistiger Zustand: | ☐ klar | ☐ teilnahmslos | ☐ verwirrt |
| Toilette: ☐ alleine | ☐ Teilinkontinenz | ☐ Vollinkontinenz | ☐ mit Hilfe |
| Körperpflege: | ☐ selbstständig | ☐ mit Hilfe | ☐ komplett mit Hilfe |
| An-/Auskleiden: | ☐ selbstständig | ☐ mit Hilfe | ☐ komplett mit Hilfe |
| Essen/Trinken: | ☐ selbstständig | ☐ mit Hilfe | ☐ 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**

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Schlaganfall | ☐ Osteoporose | ☐ Herzinfarkt | ☐ Gehschwäche |
| ☐ Asthma | ☐ HIV | ☐ Herzrhythmusstör. | ☐ Inkontinenz |
| ☐ Parkinson | ☐ Allergien | ☐ Herzinsuffizienz | ☐ Alzheimer |
| ☐ Depression | ☐ Multiple Sklerose | ☐ Rheuma | ☐ Stoma |
| ☐ beginnende Demenz | ☐ Demenz | ☐ Krebs | ☐ Dekubitus |
| ☐ chronischer Durchfall | ☐ Diabetes | ☐ Diabetes insulinpfl. | ☐ Dauerkatheter |
| ☐ Sonstige: | | | |

2. Pflegestufe

- | | | | | |
|--------------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 |
| ☐ keine | Falls ja, welche | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Beantragt: | ☐ | ☐ | ☐ |

3. PflegedienstErfolgt eine Versorgung durch den Pflegedienst? ☐ ja ☐ neinWie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst weiter genutzt werden? ☐ ja ☐ nein**4. Einschränkungen im Gesundheitszustand**

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

5. Ein-/Durchschlafen☐ uneingeschränkt ☐ teilweise eingeschränkt ☐ eingeschränktWie oft steht der Patient nachts auf? Ist die Hilfe der Betreuungskraft erforderlich? ☐ ja ☐ nein ☐ teilweise

II. Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

1. Anforderungen an das Personal

Sprachkenntnisse: ☐ sehr gut C1 ☐ gut B2 ☐ mittel B1 ☐ geringe A2
 Führerschein: ☐ ja ☐ nein ☐ egal
 Raucher: ☐ ja ☐ nein ☐ nur draußen
 Kategorie: ☐ Hausfrau ☐ Betreuerin mit Pflegeerfahrung ☐ Krankenschwester ☐ diplomierte Krankenschwester

2. Rahmenbedingungen

Wohnort: ☐ Stadt ☐ Gemeinde ☐ Dorf
 Lage: ☐ zentral ☐ zentrumsnah ☐ ländlich
 Wohnen: ☐ Einfamilienhaus ☐ Wohnung Größe in m²:

Ausstattung des Zimmers für den/die Betreuer/in:

Größe des Zimmers in qm: ☐ Bett ☐ Tisch ☐ Schrank ☐ eigenes Bad
 Weitere Ausstattung: ☐ Radio ☐ TV ☐ Internet ☐ WLAN
☐ Telefon/Flat-Rate

Bemerkungen:

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