

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?	<input type="checkbox"/> ja (dann 2. Bogen ausfüllen) <input type="checkbox"/> nein

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

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

Diagnosen:

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

Betreuungsversorgung:

<u>Orientierung:</u>				<u>Stimmung:</u>			
zeitlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	normal	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
örtlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	depressiv	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
zur Person	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	aggressiv	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
zur Situation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein	wahnhaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Geistiger Zustand: <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> apathisch <input type="checkbox"/> teilnahmslos <input type="checkbox"/> leicht dement <input type="checkbox"/> dement							
<u>Kommunikation:</u>							
Einschränkungen				Hilfsmittel			
Hörvermögen:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> starke	Hörgerät:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sehkraft:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> starke	Brille:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sprache:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> starke				
<u>Bewegung:</u>							
	<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)				
<u>Hilfsmittel:</u>							
	<input type="checkbox"/> 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 Hilfsmittel:						
<u>Treppensteigen:</u>							
	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich				
<u>Transfer Bett/Rollstuhl:</u>							
	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich				
<u>An-/auskleiden:</u>							
	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> volle Übernahme				
<u>Essen/Trinken:</u>							
	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> volle Übernahme				
	<input type="checkbox"/> sonstige:						

Schlafsituation:

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

Körperpflege:

	selbstständig	mit Unterstützung	komplette Unterstützung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese:	<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>	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent (z.B. nachts)	<input type="checkbox"/> inkontinent
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Urinflasche
	<input type="checkbox"/> sonstige:		
<u>Stuhl:</u>	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent	<input type="checkbox"/> 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:	<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:

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

Einkaufsmöglichkeiten(zu Fuß): ca.10 Min ca.20Min ca. 40Min länger

Haustiere: keine wenn ja, welche: nein
Sollen die Haustiere mitversorgt werden: ja nach Bedarf nein

Besuch von Angehörigen:
Wohnen Angehörige im selben Haus: ja nein
in der Nähe: ja nein
Wie oft kommen sie zu Besuch?

Arbeitsbedingungen:

Voraussichtliche Arbeitszeit pro Tag: _____ Stunden

Freizeit:
 Stundenweise: _____ Stunden täglich
 1Tag/pro Woche
 zwei halbe Tage pro Woche
 nach Absprache:

Anforderungen an das Personal:

Geschlecht: Frau Mann egal

Deutschsprachkenntnisse:
 Keine Grundkenntnisse Kommunikativ Gut
 wenn das Personal kein Deutsch spricht, sollte er eine andere Sprache können, und zwar:

Führerschein: ja, mit Fahrpraxis nein

Nichtraucher: 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