

Bedarfsanalyse

Wie können wir Sie erreichen?

Bitte hier unbedingt die Handynummer angeben, da Sie einen Tag vor Anreise eine SMS mit der ungefähren Ankunftszeit Ihrer Beteuungskraft erhalten:

Handynummer:

Festnetznummer:

Bitte unbedingt eine E-Mail-Adresse angeben, da diese für zukünftige Korrespondenz benötigt wird!

Angaben zur Kontaktperson:

Anrede:

Name:

Vorname:

Postleitzahl:

Wohnort:

Straße, Hausnummer:

Bundesland:

Verwandtschaftsgrad:

Startdatum (mindestens 4 Wochen)

noch nicht bekannt:

Angaben der zu betreuenden Person:

Die zu betreuende Person und der Auftraggeber sind die selbe Person

Ja

Nein

Anrede:

Telefonnummer:

Vorname:

Nachname:

Postleitzahl

Wohnort

Straße, Hausnummer

Bundesland:

Geburtsdatum:

Pflegegrad:

Allgemeine Informationen:

Umgebung:

Dorf

Stadt

Markt

Unterkunft:

alleiniges
Haus

alleiniges
Haus am Bauernhof

alleinige
Wohnung

Wohnung im
Haus der Angehörigen

Größe Wohnung / Haus:

ca. Quadratmeter

Zimmerausstattung:

eigene Wohnung für Betreuungskraft:

eigenes Zimmer:

WLAN/Internet:

Fernseher:

eigenes Bad

gemeinsames Bad

Haustiere

nein

ja

welche und wie viele

Allgemeinzustand der zu betreuenden Person:

Körpergröße (cm)

Gewicht (kg)

Bewusstseinslage:

geistig fit

verwirrt

leicht

Demenz
mittel

schwer

Krankheitsbilder:

altersbedingte
Gehschwäche

Asthma

Alzheimer

chronische
Durchfälle

Dekubitus

(offene Wunde)

Depressionen

Diabetes

Diabetes
insulinpflich-
tig

Herzinfarkt

Herzinsuffi-
zienz

Hypertonie

Inkontinenz

Multiple
Sklerose

Osteoporose

Parkinson

Rheuma

Schlaganfall
rechts

links

Stoma

Krebs

Art

Hat die zubetreuende Person ansteckende Krankheiten?

Nein

Ja

Welche?

Allergien?

Nein

Ja

Welche?

Aggressionen?

Nein

Ja

Hören:

unein-
geschränkt

teilweise
eingeschränkt

stark
eingeschränkt

taub

Sehen:

unein-
geschränkt

teilweise
eingeschränkt

stark
eingeschränkt

blind

Sprechen:

unein-
geschränkt

teilweise
eingeschränkt

stark
eingeschränkt

stumm

Bewegung:

Gehen:

selbstständig

kann mit Unter-
stützung gehen

kann gar
nicht gehen

bettlägerig

Aufstehen:

selbstständig

kann mit Unter-
stützung aufstehen

kann gar
nicht aufstehen

bettlägerig

Stehen:

selbstständig

kann mit Unter-
stützung stehen

kann gar
nicht stehen

bettlägerig

Welche Hilfsmittel stehen zur Verfügung?

Antidekubi-
tusmatratze

Badewan-
nenlift

Dusch-
sitz

Hebe-
lifter

Leibstuhl

Pflegebett

Rollator

Rollstuhl

Stock

Treppen-
steiger

Hygiene:

Körperpflege:

braucht
keine Unter-
stützung

braucht teil-
weise Unter-
stützung

braucht
immer Unter-
stützung

An- und Auskleiden:

braucht
keine Unter-
stützung

braucht teil-
weise Unter-
stützung

braucht
immer Unter-
stützung

Essen und Trinken:

Essen:

kann selber
essen

kann teilwei-
se selber
essen

kann gar
nicht selber
essen

Trinken:

kann selber
trinken

kann teilwei-
se selber
trinken

kann gar
nicht selber
trinken

PEG-Sonde
(Magensonde)

Ausscheiden:

Harninkontinenz:

nein

gelegentlich

ja

Stuhlinkontinenz:

nein

gelegentlich

ja

Welche Hilfsmittel gibt es?

Blasenverweilkatheter

Suprapubischer Katheter

Windeln/
Einlagen

Urinflasche

Besondere Tätigkeiten:

mobilisieren

Transfer vom Bett zum Rollstuhl

Sonstiges:

Nachteinsatz:

nein

Ja

Häufigkeit

1 - 2 mal

2 - 3 mal

3 - 4 mal

4 - 5 mal

Anmerkungen zur betreuenden Person:

Wie viele Personen leben zusätzlich im Haushalt?

zusätzlicher Angehöriger (z. B. Ehepartner) **Aufpreis 5 Euro pro Tag**

zusätzlicher Angehöriger (z. B. Ehepartner)
mit Haushaltsführung und Betreuung
(+ Aufschlag von 20 % auf Tagessatz von zubetreuende Person)

Angaben zur Betreuungskraft:

Wunschalter:

egal

von

bis

Geschlecht:

egal

weiblich

männlich

Raucher/Nichtraucher:

egal

Nichtraucher

Raucher

Führerschein:

egal

ja

Impfung gegen Covid-19 erforderlich:

ja

nein

Allgemeine Tätigkeiten der Betreuerin:

Für gute
Raumluf-
t sorgen

bei Arztbe-
suchen dabei
sein

Auto fahren

gemeinsame
Ausflüge

Lebensmittel
einkaufen

Reinigungs-
tätigkeiten

Wäschever-
sorgung

Zubereitung
von Mahlzeiten

Anmerkungen zur Betreuungskraft:

Sprach- und Arbeitskenntnisse:

Wenige
Deutschkenntnisse

Sprachstufe A1

Einfache
Deutschkenntnisse

Sprachstufe A2

Gute
Deutschkenntnisse

Sprachstufe B1

Kommunikative
Deutschkenntnisse

Sprachstufe B2

Sehr gute
Deutschkenntnisse

Sprachstufe C1-C2

Wer ist der Rechnungsempfänger?

Kontaktperson

zu betreuende Person

andere Person

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Zusätzliche Person zum Betreuen:

Anrede

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Pflegegrad

Allgemeinzustand weiter zu betreuenden Person:

Körper-
größe (cm)

Gewicht (kg)

Bewusstseinslage:

geistig fit

verwirrt

leicht

Demenz
mittel

schwer

Krankheitsbilder:

altersbedingte
Gehschwäche

Asthma

Alzheimer

chronische
Durchfälle

Dekubitus

(offene Wunde) Depressionen

Diabetes

Diabetes
insulinpflich-
tig

Herzinfarkt

Herzinsuffi-
zienz

Hypertonie

Inkontinenz

Multiple
Sklerose

Osteoporose

Parkinson

	Schlaganfall				
Rheuma	rechts	links	Stoma	Krebs	Art
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Hat die zubetreuende Person ansteckende Krankheiten?

Nein	Ja	Welche?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Allergien?

Nein	Ja	Welche?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Aggressionen?

Nein	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hören:

unein- geschränkt	teilweise eingeschränkt	stark eingeschränkt	taub
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sehen:

unein- geschränkt	teilweise eingeschränkt	stark eingeschränkt	blind
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sprechen:

unein-
geschränkt

teilweise
eingeschränkt

stark
eingeschränkt

stumm

Bewegung:

Gehen:

selbstständig

kann mit Unter-
stützung gehen

kann gar
nicht gehen

bettlägerig

Aufstehen:

selbstständig

kann mit Unter-
stützung aufstehen

kann gar
nicht aufstehen

bettlägerig

Stehen:

selbstständig

kann mit Unter-
stützung stehen

kann gar
nicht stehen

bettlägerig

Welche Hilfsmittel stehen zur Verfügung?

Antidekubi-
tusmatratze

Badewan-
nenlift

Dusch-
sitz

Hebe-
lifter

Pflegebett

Rollator

Rollstuhl

Stock

Treppen-
steiger

Leibstuhl

Hygiene:

Körperpflege:

braucht
keine Unter-
stützung

braucht teil-
weise Unter-
stützung

braucht
immer Unter-
stützung

An- und Auskleiden:

braucht
keine Unter-
stützung

braucht teil-
weise Unter-
stützung

braucht
immer Unter-
stützung

Essen und Trinken:

Essen:

kann selber
essen

kann teilwei-
se selber
essen

kann gar
nicht selber
essen

Trinken:

kann selber
trinken

kann teilwei-
se selber
trinken

kann gar
nicht selber
trinken

PEG-Sonde
(Magensonde)

Ausscheiden:

Harninkontinenz:

nein

gelegentlich

ja

Stuhlinkontinenz:

nein

gelegentlich

ja

Welche Hilfsmittel gibt es?

Blasenver-
weilkatheter

Suprapubi-
scher Katheter

Windeln/
Einlagen

Urinflasche

Nachteinsatz:

nein

Ja

Häufigkeit

1 - 2 mal

2 - 3 mal

3 - 4 mal

4 - 5 mal