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:	
bundesiand.	
Verwandtschaftsgrad:	
ver wantitschaftsgrau.	
Startdatum (mindestens 4 Wochen)	noch nicht bekannt:
Startaatam (minaestens 4 Woenen)	
Angaben der zu betreuenden	Person:
Die zu betreuende Person und der Auftragg	
Ja Nein	
Anrede:	Telefonnummer:
Vorname:	Nachname:
Postleitzahl Wohnort	Straße, Hausnummer
Bundessland:	

Geburtsdatum:		Pflegegrad:	
]
Allgemeine Inform	ationen:		
Umgebung:			
Dorf	Stadt	Markt	
Unterkunft:			
alleiniges Haus	alleinige Wohnung		Wohnung im Haus der Angehörigen
Größe Wohnung / Haus:			
	ca. Quadratmeter		
Zimmerausstattung:	eigene Wohnung für Betreu	ungskraft:	
eigenes Zimmer:	WLAN/Internet:	Fernseher:	
eigenes Bad	gemeinsames Bad		

Haustiere							
nein		ja		welche und w	vie viele		
Allgemein	zustand o	ler zu betr	euenden f	Person:			
Körper- größe (cm)		Gewicht (kg)					
Bewusstsei	nslage:				Demenz		
geistig fit		verwirrt		leicht	mittel	schwer	
Krankheitsb	oilder:						
altersbedingte Gehschwäche		Asthma	Alzheimer	chronische Durchfälle	Dekubitus (offene Wunde	e) Depressionen	Diabetes
Diabetes insulinpflich- tig	Herzinfarkt	Herzinsuffi- zienz	Hypertonie	Inkontinenz	Multiple Sklerose	Osteoporose	Parkinson
DI:		ganfall	C:	1 4. 1			
Rheuma	rechts	links	Stoma	Krebs	Art		

Hat die zubetreuende Perso	n ansteckende Krankh	eiten?	
Nein Ja	Welche?		
Allergien?			
Nein Ja	Welche?		
Neill Ja	weiche:		_
Aggressionen?			
Nein Ja			
Hören:			
unein-	teilweise	stark	
geschränkt	eingeschränkt	eingeschränkt	taub
Sehen:			
unein- geschränkt	teilweise eingeschränkt	stark eingeschränkt	blind
geschlankt	enigeschiankt	emgesemankt	
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- stüzung aufstehen	kann gar nicht aufstehen	bettlägerig
Stehen:			
selbstständig	kann mit Unter- stützung stehen	kann gar nicht stehen	bettlägerig
Welche Hilfsn	nittel stehen zur Verfi	ügung?	
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 Trink	<u>cen:</u>	
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)		

gelegentlich	ja		
gelegentlich	ja		
l gibt es?			
Suprapubi-	Windeln/		
scher Katheter	Einlagen	Urini	Tasche
		L	
Transfer vom Bett zum Rollst	cuhl	Sonstiges:	
Ja	Häufigkeit		
		1 - 2 mal	
2000		2 - 3 mal	
igang		3 - 4 mal	
		4 - 5 mal	
treuenden Person:			
			
	gelegentlich gibt es? Suprapubischer Katheter Transfer vom Bett zum Rollst	gelegentlich ja gibt es? Suprapubi- scher Katheter Einlagen Transfer vom Bett zum Rollstuhl Ja Häufigkeit ngang	gelegentlich ja gibt es? Suprapubi- Windeln/ scher Katheter Einlagen Urinf

Wie viele Perso	onen leben zusätzlich im Hau	ushalt?	
Z	zusätzlicher Angehöriger (z. 1	B. Ehepartner) Aufpreis 5 Eur o	o pro Tag
\	Vorname:	Nachname:	Geburtsdatum:
	zusätzlicher Angehöriger (z. l mit Haushaltsführung und Be	B. Ehepartner) etreuung (+ 20 % des gebucht	en Tagessatzes)
Angaben z	zur Betreuungskraft	<u>t:</u>	
Wunschalter:			
egal	von	bis	
Geschlecht:			
egal	weiblich	männlich	
Raucher/Nicht	raucher:		
egal	Nichtraucher	Raucher	
Impfung ge	egen Covid-19 erforderlich:		
ja	nein		
			Führerschein erforderlich

Allgemeine Tätigkeiten der Betreuerin:

Für gute Raumluft sorgen	bei Arztbe- suchen dabei sein	Auto fahren	gemeinsame Ausflüge
Lebensmittel einkaufen	Reinigungs- tätigkeiten	Wäschever- sorgung	Zubereitung von Mahlzeiten
Anmerkungen zur Be	reuungskraft:		

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 Rechnung	gsempfänger?		
Kontaktperson			
zu betreuende Person			
andere Person			
Vorname, Nachname			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			