

### Ihre Kontaktdaten

Name .....  
Vorname .....  
Straße, Nr. ....  
PLZ, Ort .....  
Telefon .....  
E-Mail .....  
Verwandtschaftsgrad .....

### Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name .....  
Vorname .....  
Straße, Nr. ....  
PLZ, Ort .....  
Telefon .....  
Geschlecht  männlich  weiblich  
Geburtsdatum ..... Größe .....cm Gewicht .....kg

**Pflegegrad:**  keiner  1  2  3  4  5  
 beantragter Pflegegrad: .....

### Pflegedienst:

Erfolgt derzeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst?  Ja  Nein

Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden?  Ja  Nein

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst / wie oft? .....

**Gibt es zusätzliche Personen im Haushalt?**  Ja  Nein

**Falls ja, wie viele?**  1  2  3  mehr als 3

*Falls eine der zusätzlichen Person auch Pflege benötigt, bitte eine separate Bedarfsanalyse auszufüllen!*

## Angaben zum Pflegebedarf

### Diagnosen:

- |   |                                      |   |   |
|---|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Asthma      | <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Diabetes         |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall         | <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"/> 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      |

Sonstige Diagnosen, bei Demenz bitte genaue Krankheitsmerkmale angeben. Falls Transfer/Teiltransfer benötigt, bitte genau beschreiben, wie er durchgeführt wird (z.B. mit Deckenlifter, unter Arm greifen, heben, usw.)

### Geistiger Zustand:

- klar     
  dem Alter entsprechend/vergesslich     
  verwirrt     
  teilnahmslos

### Bewegungsfähigkeit:

- uneingeschränkt       auf Rollator angewiesen  
 auf Rollstuhl angewiesen       bettlägerig

### Vorhandene Hilfsmittel:

- Rollator       Rollstuhl       Pflegestuhl       Toilettenstuhl  
 Lifter       Wannenfliker       Pflegebett       sonstige Hilfsmittel: .....

- Körperpflege:       selbstständig       mit Unterstützung       komplette Übernahme  
 An- / Auskleiden:       selbstständig       mit Unterstützung       komplette Übernahme  
 Nahrungsaufnahme:       selbstständig       mit Unterstützung       komplette Übernahme  
     Magensonde  
 Aufstehen / zu Bett gehen:  selbstständig       mit Unterstützung       komplette Übernahme

### Toilette:

- selbstständig       benötigt Unterstützung  
 Urininkontinenz       Katheter  
 Stuhlinkontinenz       künstlicher Ausgang

Vorhandene Hilfsmittel: .....

**Schlafsituation:**

**Wird nachts Unterstützung benötigt?**

- Nein     max. 1 Mal pro Nacht     max. 2 Mal pro Nacht     öfter als 2 Mal pro Nacht

**Tagesablauf:**

**Wohnsituation am Betreuungsort**

**Lage:**             Großstadt             Kleinstadt             Dorf

**Wohnsituation:**  Haus             Wohnung (Etage): .....            Lift:     ja     nein

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

**Ausstattung für Pflegekraft:**

- Eigene Wohnung             Eigenes Zimmer             eigenes Bad  
 Internetanschluss             Radio             Fernseher

**Haustier:**             keine             wenn ja, welche:.....

**Anforderungen zur Betreuungskraft**

**Geschlecht:**     Frau             Mann             egal

**Nichtraucher:**     wichtig             egal

**Führerschein:**     ja, mit Fahrpraxis             egal

**Deutschkenntnisse:**     keine             geringe             mittlere             gute

**Sonstige Anforderungen:**.....

## Sonstiges

### Aufgaben im Haushalt:

- Putzen                       Waschen                       Bügeln  
 Einkäufe                       Kochen                       Haustierversorgung

Sonstiges: .....

## Zeitraumen

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes: .....

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes:     kürzer als 1 Monat     4 bis 8 Wochen     länger als 2 Monate

### 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.