

Ihre Kontaktdaten

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

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name
Vorname
Straße, Nr.
PLZ, Ort
Telefon
Geschlecht männlich weiblich

Geburtsdatum Größecm Gewichtkg

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

Geistiger Zustand:

- klar
 dem Alter entsprechend
 verwirrt
 teilnahmslos

Bewegungsfähigkeit:

- uneingeschränkt
 auf Rollator angewiesen
 auf Rollstuhl angewiesen
 bettlägerig

Vorhandene Hilfsmittel:

- Rollator
 Rollstuhl
 Pflegestuhl
 Toilettenstuhl
 Lifter
 Wannenlifter
 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 1 Mal pro Nacht 2 Mal pro Nacht öfter als 2 Mal pro Nacht

Sonstige Bemerkungen:.....

Wohnsituation am Pflegeort

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 Pflegekraft

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 Fensterputzen

Einkäufe Kochen Haustierversorgung

Sonstiges:

Zeitraumen

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes:.....

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: 1 Monat bis 3 Monate länger als 3 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.