

Ihre Kontaktdaten

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Verwandtschaftsgrad

Weitere Ansprechpartner

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|---|
| ☐ Geistige Behinderung | ☐ Asthma | ☐ Altersschwäche | ☐ Diabetes |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Dekubitus | ☐ Demenz | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Niedriger Blutdruck | ☐ Osteoporose | ☐ Alzheimer | ☐ Herzinsuffizienz |
| ☐ Rheuma | ☐ Parkinson | ☐ Allergien | ☐ Hypertonie |
| ☐ multiple Sklerose | ☐ Depression | ☐ Tumor | ☐ Herzinfarkt |

Sonstige Diagnosen, bei Demenz bitte genaue Krankheitsmerkmale angeben.

Transfer:

- ☐ kein Transfer
 ☐ leichte Unterstützung
 ☐ Teiltransfer
 ☐ Volltransfer

Geistiger Zustand

- ☐ klar
 ☐ dem Alter entsprechend/vergesslich
 ☐ verwirrt
 ☐ teilnahmslos

Bewegungsfähigkeit:

- ☐ uneingeschränkt
 ☐ auf Rollator angewiesen
☐ auf Rollstuhl angewiesen
 ☐ bettlägerig

Vorhandene Hilfsmittel:

- ☐ Rollator
 ☐ Rollstuhl
 ☐ Pflegestuhl
 ☐ Toilettensstuhl
☐ 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*

.....

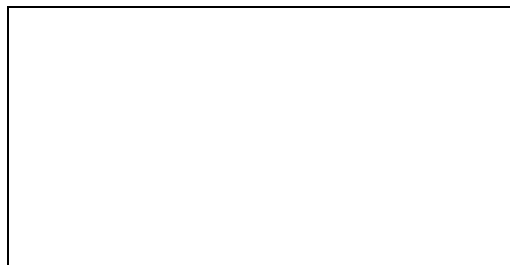
Toilette:

☐ *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:*

Pausenregelung:

Tägliche Pause: ☐ *2-3h* ☐ *länger als 3h* ☐ *keine Pause möglich*

Freier Tag pro Woche: ☐ *ganzer Tag* ☐ *zwei halbe Tage* ☐ *nicht möglich*

.....

Anforderungen zur Betreuungskraft

Geschlecht: ☐ *Frau* ☐ *Mann* ☐ *egal*

Nichtraucher: ☐ *wichtig* ☐ *egal*

Führerschein: ☐ *ja, mit Fahrpraxis* ☐ *egal* Falls ja: ☐ *Automatik* ☐ *Manuell*

Deutschkenntnisse: ☐ *keine* ☐ *geringe* ☐ *mittlere* ☐ *gute*

Sonstige Anforderungen:

Sonstiges

Aufgaben im Haushalt:

☐ *Putzen* ☐ *Waschen* ☐ *Bügeln*

☐ *Einkäufe* ☐ *Kochen* ☐ *Haustiersversorgung*

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? Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wir halten uns an die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen und nutzen Ihre Daten nur für Zwecke, zu denen Sie uns berechtigt haben.