



# Pflegebedarfsanalyse

## Allgemeine Informationen

### Angaben zur Kontaktperson:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße/Nr.:	<input type="text"/>	PLZ/Ort.:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>		

### Angabe Patient(en)

Patient 1		Patient 2	
Name:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geb.-Dat.:	<input type="text"/>	Geb.-Dat.:	<input type="text"/>
Gewicht/ Größe:	<input type="text"/>	Gewicht/ Größe:	<input type="text"/>

### Anschrift Patient(en)

Straße/Nr.:	<input type="text"/>		
PLZ/Ort.:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>

### 1. Diagnosen / Krankheitsbilder

Patient 1

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall          | <input type="checkbox"/> Osteoporose       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt          | <input type="checkbox"/> Gehschwäche   |
| <input type="checkbox"/> Asthma                | <input type="checkbox"/> HIV               | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstör.    | <input type="checkbox"/> Inkontinenz   |
| <input type="checkbox"/> Parkinson             | <input type="checkbox"/> Allergien         | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz     | <input type="checkbox"/> Alzheimer     |
| <input type="checkbox"/> Depression            | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Rheuma               | <input type="checkbox"/> Stoma         |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz     | <input type="checkbox"/> Demenz            | <input type="checkbox"/> Krebs                | <input type="checkbox"/> Dekubitus     |
| <input type="checkbox"/> chronischer Durchfall | <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:             |  |   |  |

### 2. Pflegegrade

- |                                |                  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                |                  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| <input type="checkbox"/> keine | Falls ja, welche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                | Beantragt:       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 3. Pflegedienst

Erfolgt eine Versorgung durch den Pflegedienst?  ja  nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst weiter genutzt werden?  ja  nein

### 4. Einschränkungen im Gesundheitszustand

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| Sprache:                                   | <input type="checkbox"/> keine           | <input type="checkbox"/> leichte           | <input type="checkbox"/> massive Probleme   |
| Hörvermögen:                               | <input type="checkbox"/> keine           | <input type="checkbox"/> leichte           | <input type="checkbox"/> massive Probleme   |
| Sehkraft:                                  | <input type="checkbox"/> keine           | <input type="checkbox"/> leichte           | <input type="checkbox"/> massive Probleme   |
| Hörgerät:                                  | <input type="checkbox"/> ja              | <input type="checkbox"/> nein              |   |
| Brille:                                    | <input type="checkbox"/> ja              | <input type="checkbox"/> nein              |   |
| Bewegung:                                  | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> bettlägerig        |
| Hilfsmittel:                               | <input type="checkbox"/> Rollstuhl       | <input type="checkbox"/> Rollator          | <input type="checkbox"/> keine              |
| Treppen:                                   | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> nicht möglich      |
| Transfer Bett/Rollstuhl:                   | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> kein Transfer      |
| Geistiger Zustand:                         | <input type="checkbox"/> klar            | <input type="checkbox"/> teilnahmslos      | <input type="checkbox"/> verwirrt           |
| Toilette: <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> Teilinkontinenz | <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz   | <input type="checkbox"/> mit Hilfe          |
| Körperpflege:                              | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| An-/Auskleiden:                            | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| Essen/Trinken:                             | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |

### 5. Ein- /Durchschlafen

uneingeschränkt  teilweise eingeschränkt  eingeschränkt

Wie oft steht der Patient nachts auf?

Ist die Hilfe der Betreuungskraft erforderlich?  ja  nein  teilweise

**1. Diagnosen / Krankheitsbilder**

**Patient 2**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall          | <input type="checkbox"/> Osteoporose       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt          | <input type="checkbox"/> Gehschwäche   |
| <input type="checkbox"/> Asthma                | <input type="checkbox"/> HIV               | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstör.    | <input type="checkbox"/> Inkontinenz   |
| <input type="checkbox"/> Parkinson             | <input type="checkbox"/> Allergien         | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz     | <input type="checkbox"/> Alzheimer     |
| <input type="checkbox"/> Depression            | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Rheuma               | <input type="checkbox"/> Stoma         |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz     | <input type="checkbox"/> Demenz            | <input type="checkbox"/> Krebs                | <input type="checkbox"/> Dekubitus     |
| <input type="checkbox"/> chronischer Durchfall | <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:             |  |   |  |

**2. Pflegegrade**

- |                                |                  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                |                  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| <input type="checkbox"/> keine | Falls ja, welche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                | Beantragt:       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**3. Pflegedienst**

Erfolgt eine Versorgung durch den Pflegedienst?  ja  nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst weiter genutzt werden?  ja  nein

**4. Einschränkungen im Gesundheitszustand**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| Sprache:                                   | <input type="checkbox"/> keine           | <input type="checkbox"/> leichte           | <input type="checkbox"/> massive Probleme   |
| Hörvermögen:                               | <input type="checkbox"/> keine           | <input type="checkbox"/> leichte           | <input type="checkbox"/> massive Probleme   |
| Sehkraft:                                  | <input type="checkbox"/> keine           | <input type="checkbox"/> leichte           | <input type="checkbox"/> massive Probleme   |
| Hörgerät:                                  | <input type="checkbox"/> ja              | <input type="checkbox"/> nein              |   |
| Brille:                                    | <input type="checkbox"/> ja              | <input type="checkbox"/> nein              |   |
| Bewegung:                                  | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> bettlägerig        |
| Hilfsmittel:                               | <input type="checkbox"/> Rollstuhl       | <input type="checkbox"/> Rollator          | <input type="checkbox"/> keine              |
| Treppen:                                   | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> nicht möglich      |
| Transfer Bett/Rollstuhl:                   | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> kein Transfer      |
| Geistiger Zustand:                         | <input type="checkbox"/> klar            | <input type="checkbox"/> teilnahmslos      | <input type="checkbox"/> verwirrt           |
| Toilette: <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> Teilinkontinenz | <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz   | <input type="checkbox"/> mit Hilfe          |
| Körperpflege:                              | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| An-/Auskleiden:                            | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| Essen/Trinken:                             | <input type="checkbox"/> selbstständig   | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |

**5. Ein- /Durchschlafen**

uneingeschränkt  teilweise eingeschränkt  eingeschränkt

Wie oft steht der Patient nachts auf?

Ist die Hilfe der Betreuungskraft erforderlich?  ja  nein  teilweise

## II. Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

### 1. Anforderungen an das Personal

Geschlecht:  Frau  Mann  
 Sprachkenntnisse:  gut B2  mittel B1  geringe A2  
 Kategorie:  Hausfrau  Betreuerin mit Pflegeerfahrung  Krankenschwester  diplomierte Krankenschwester

### 2. Rahmenbedingungen

Wohnort:  Stadt  Gemeinde  Dorf  
 Raucherhaushalt:  Ja  Nein  
 Lage:  zentral  zentrumsnah  ländlich  
 Wohnen:  Einfamilienhaus  Wohnung Größe in m<sup>2</sup>:

#### Ausstattung des Zimmers für den/die Betreuer/in:

Größe des Zimmers in qm:  Bett  Tisch  Schrank  eigenes Bad  
 Weitere Ausstattung:  Radio  TV  Internet  WLAN  
 Telefon/Flat-Rate

### 3. Freizeitregelung

Betreute Person/en kann/können allein bleiben?  ja  nein  
 Freizeit:  täglich 2-3 Std. plus  2 halbe Tage pro Woche oder  1 ganzer Tag pro Woche (z.B. Tagespflege)

#### Bemerkungen:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

### III. Aufgabenprofil des Haushaltes

#### Grundversorgung

- Körperhygiene       Inkontinenzversorgung       Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

#### Aktivierende Versorgung

- An- und Auskleiden       Hilfestellung beim Bewegungsablauf       Lagern im Bett

#### Hauswirtschaftliche Versorgung

- Kochen       Waschen/Bügeln       Reinigung  
 Einkaufen       Zimmerpflanzenpflege       Haustierversorgung

#### Gesellschaft leisten/Freizeitgestaltung

- Unterhalten/Zuhören       Spazieren gehen       Gesellschaftsspiele spielen  
 Ausflüge       Vorlesen       Musizieren

#### Sonstiges

### IV. Weitere Rahmenbedingungen

1. Wann soll die Betreuung beginnen?

2. Wer wird der Vertragspartner?

- Kontaktperson       Patient

Das Ausfüllen des Fragebogens ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keiner Zahlung. Es dient ausschließlich dazu Ihnen ein geeignetes Angebot zu erstellen.

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Datenschutz: Der Auftraggeber willigt ein, dass seine Daten vom Senioren Service Klopp Inh. Simone Eckert im Rahmen der Vermittlungs- und Beratungstätigkeit frei genutzt und gespeichert werden dürfen, um den Kunden bestmöglich zu betreuen. Die Weitergabe an Dritte ist somit erlaubt, insofern es die Angebotserstellung notwendig macht. Die Daten des Auftraggebers werden absolut vertraulich behandelt.

Ort/Datum

Unterschrift