



SENIOREN SERVICE

— K L O P P —

Simone Eckert & Team

24-STUNDEN-BETREUUNG

EMPATHIE · WERTSCHÄTZUNG · LEBENSQUALITÄT

PFLEGEANALYSE & BEDARFSERHEBUNG

Senioren Service Klopp
Inhaberin: Simone Eckert
Kistlerstraße 8, 8864 Reichenburg, CH
Telefon: +49 170 4619495
E-Mail: se@senioren-service-klopp-eckert.de

I. STAMMDATEN DER BETEILIGTEN PERSONEN

1. Angaben zur Kontaktperson / zum Vertragspartner (Angehörige):

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße / Nr.:	_____	PLZ / Ort:	_____
Telefon Festnetz:	_____	Mobiltelefon:	_____
E-Mail-Adresse:	_____		

☐ Kind ☐ Ehepartner ☐ Betreuer / Gesetzlicher Vertreter ☐ Sonstiges: _____

2. Angaben zum Patienten 1/ Klienten (zu betreuende Person 1):

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Familienstand:	_____
Körpergröße:	_____	Gewicht (ca.):	_____
Anschrift:	_____		

3. Angaben zum Patienten 2/ Klienten (zu betreuende Person 2):

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Familienstand:	_____
Körpergröße:	_____	Gewicht (ca.):	_____
Anschrift:	_____		

Aufenthaltsort:

☐ Noch Zuhause ☐ Krankenhaus ☐ Reha-Einrichtung ☐ Kurzzeitpflege

Früherer Beruf: _____

II. DIAGNOSEN & MEDIZINISCHER STATUS

1. Medizinische Hauptdiagnosen & Krankheitsbilder (Übersichtliche Matrix):

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ Schlaganfall (Apoplex) | ☐ Osteoporose | ☐ Herzinfarkt | ☐ Allgemeine Gehschwäche |
| ☐ Asthma bronchiale | ☐ HIV-Infektion | ☐ Herzrhythmusstörungen | ☐ Harninkontinenz |
| ☐ Morbus Parkinson | ☐ Chronische Allergien | ☐ Herzinsuffizienz | ☐ Stuhlinkontinenz |
| ☐ Depressionen | ☐ Multiple Sklerose (MS) | ☐ Rheumatische Erkrankung | ☐ Morbus Alzheimer |
| ☐ Beginnende Demenz | ☐ Fortgeschrittene Demenz | ☐ Krebserkrankung | ☐ Dekubitus (Wundliegen) |
| ☐ Chronischer Durchfall | ☐ Diabetes mellitus Typ I/II | ☐ Diabetes (insulinpflichtig) | ☐ Dauerkatheter (DK) |
| ☐ Künstlicher Ausgang (Stoma) | ☐ Epilepsie | ☐ Amputation | ☐ Sehbehinderung / Blindheit |
| | ☐ Hautkrankheiten | ☐ Hörbeeinträchtigung | |

Weitere medizinische Besonderheiten & spezifische Symptome:

(Nutzen Sie diesen großzügigen Raum für detaillierte Angaben zu Medikamenten, Wundpflege, Schmerzen oder Verhaltensweisen)

2. Offizieller Pflegegrad / Einstufung:

- ☐ Kein Pflegegrad vorhanden ☐ Einstufung läuft bereits / beantragt

Bestehender offizieller Pflegegrad:

- ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5

3. Kognitiver Zustand & Psychische Verfassung:

Allg. geistiger Zustand: ☐ Vollkommen klar ☐ Altersvergesslich ☐ Verwirrt / Phasenweise desorientiert

Orientierung vorhanden: ☐ Zeitlich ☐ Örtlich ☐ Situativ ☐ Personenbezogen

III. PHYSISCHE MOBILITÄT & FUNKTION DER SINNESORGANE

1. Mobilitätsstatus & Transferunterstützung:

Allgemeine Mobilität: ☐ Selbstständig mobil ☐ Gehhilfe (Stock / Rollator) ☐ Rollstuhlfahrer
☐ Weitgehend bettlägerig

Transfer (Bett / Stuhl): ☐ Vollständig eigenständig ☐ Benötigt leichte Hilfestellung
☐ Voller Transfer erforderlich (Hebehilfe)

Sturzgefahr: ☐ Nein ☐ Ja, akut gefährdet ☐ Bereits Stürze in der Vergangenheit

IV. AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS (ADL) & VERSORGUNG

1. Einstufung der alltäglichen Selbstständigkeit:

PFLEGEBEREICH	SELBSTSTÄNDIG [S]	MIT HILFE [MH]	VOLLE ÜBERNAHME [VÜ] / SPEZIFIKATIONEN
Körperpflege (Waschen, Duschen, Intimpflege)	☐	☐	☐ Details: _____
An- & Auskleiden (Ober-/Unterkörper)	☐	☐	☐ Details: _____
Ernährung (Zubereitung & Zerkleinerung)	☐	☐	☐ Hilfestellung bei Aufnahme
Toilettengang & Ausscheidungen	☐ Kontinent	☐ Teilkontinent	☐ Vollinkontinenz (Windeln/Pants)
Hauswirtschaft (Reinigung, Wäsche)	☐ Selbstständig	☐ Teilweise	☐ Volle Übernahme

2. Einbindung externer Pflegedienste & Nachtruhe:

Bestehender ambulanter Pflegedienst? ☐ Ja ☐ Nein Frequenz / Tag: _____

Schlafverhalten / Nachtruhe: ☐ Schläft durch ☐ Wird nachts unruhig ☐ Steht nachts auf

Tagespflege: ☐ Ja ☐ Nein Frequenz / Tag: _____

V. ALLTAGSSTRUKTUR, GEWOHNHEITEN & BIOGRAFIE

Ein gewohnter Ablauf gibt Senioren Sicherheit. Bitte skizzieren Sie hier detailliert die festen Gewohnheiten und Routinen des Patienten :

Morgenablauf & Frühstücksroutine:

(z. B. Aufstehzeit, Waschen, Kaffeegewohnheiten)

Mittagsablauf & Mittagessen:

(z. B. feste Essenszeit, gewohnter Mittagsschlaf / Ruhe)

Abendablauf & Abendbrot:

(z. B. feste Einschlafzeit, Abendbrot, Fernsehen)

Liebblingsgerichte & Ernährungswünsche:

(Lieblingsessen, Diäten, Abneigungen, Allergien)

Liebblingsaktivitäten & Hobbys im Alltag:

VI. RAHMENBEDINGUNGEN & FREIZEITREGELUNG DER BETREUUNGSKRAFT

Wichtiger rechtlicher Hinweis nach dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG):

Eine „24-Stunden-Betreuung“ bedeutet eine häusliche Gemeinschaft, jedoch keine ununterbrochene Rund-um-die-Uhr-Arbeitszeit. Aus Gründen der rechtlichen Transparenz und Konformität mit den gesetzlichen Vorgaben müssen vertraglich vereinbarte Ruhezeiten strikt eingehalten werden. Dies sichert die dauerhafte Leistungsfähigkeit, mentale Gesundheit und Versorgungsqualität der Betreuungskraft und schützt Sie als Auftraggeber vor arbeitsrechtlichen Verstößen.

☐ Modell B: Ein fester halber freier Tag pro Woche (z. B. 4–5 Stunden am Stück)

☐ Modell C: Ein kompletter freier Tag pro Woche (Vollständiger Tag à 8 Stunden Arbeitsausfall)

Führerschein (B) benötigt: ☐ Ja ☐ Nein

Sprachniveau der Kraft: ☐ Grundkenntnisse (A2) ☐ Gut (B1) ☐ Fließend (B2)

Unterkunft für Personal: ☐ Eigenes Zimmer ☐ Eigenes Bad ☐ TV ☐ W-LAN / Internet ☐ abschließbares Zimmer

VII. VISUELLE DOKUMENTATION & FOTOBEILAGE

Prozessualer Hinweis: Visuelle Eindrücke werden erst bei einem verbindlichen Vertragsabschluss benötigt. Für eine reine Preisanfrage ist dies nicht erforderlich. Es dient dazu, der Pflegekraft vorab zu zeigen, in welches freundliche Wohnumfeld sie reist.

Foto des Patienten:

[Foto einfügen]

Foto des Betreuerzimmers:

[Foto einfügen]

Datenschutz: Der Auftraggeber willigt ein, dass seine personenbezogenen Daten vom Senioren Service Klopp im Rahmen der DSGVO absolut vertraulich behandelt, verarbeitet und gespeichert werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Klient / Angehöriger

Unterschrift Senioren Service Klopp