

## Bedarfsanalyse

### Auftraggeber

Name .....

Vorname .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Fax .....

E-Mail .....

Beziehung zur zu betreuenden Person  
.....

Im Notfall zu benachrichtigende Person .....

Festnetz/Mobil .....

### Rechnungsempfänger

Auftraggeber     zu betreuende Person     andere Person

Name .....

Vorname .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

E-Mail .....

### Zu betreuende Person

Name .....

Vorname .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Geburtsdatum..... Größe ..... cm    Gewicht ..... kg

Pflegegrad:     Grad 1     Grad 2     Grad 3     Grad 4     Grad 5

Pflegegrad beantragt: welches ..... wann .....

## Bedarfsanalyse

### 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? .....

### Lebt eine weitere Person, außer der zu betreuenden Person, im Haushalt?

Ja  Nein

Wenn ja, Name.....

Beziehung zur zu betreuenden Person

.....

Wenn ja, Geschlecht?  männlich  weiblich

Geburtsdatum..... Größe ..... cm Gewicht ..... kg

Pflegegrad:  Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4  Grad 5

Pflegegrad beantragt: welches ..... wann .....

### Angaben zum Pflegebedarf

#### Diagnosen:

- |   |   |  |                                      |
|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Demenz           | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Alzheimer   |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall         | <input type="checkbox"/> Dekubitus        | <input type="checkbox"/> Asthma            | <input type="checkbox"/> COPD        |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie           | <input type="checkbox"/> Hypotonie        | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz  | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Rheuma           | <input type="checkbox"/> Osteoporose       | <input type="checkbox"/> Parkinson   |
| <input type="checkbox"/> multiple Sklerose    | <input type="checkbox"/> Allergien        | <input type="checkbox"/> Depression        | <input type="checkbox"/> Tumor       |
| <input type="checkbox"/> Arthrose             | <input type="checkbox"/> Sonstiges: ..... |  |                                      |

#### Geistiger Zustand

klar  verwirrt  dem Alter entsprechend  teilnahmslos

#### Bewegungsfähigkeit

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung beim Gehen |
| <input type="checkbox"/> bettlägerig     | <input type="checkbox"/> auf Rollstuhl angewiesen          |

## Bedarfsanalyse

### Vorhandene Hilfsmittel

- Rollator       Rollstuhl       Pflegestuhl       Toilettenstuhl  
 Lifter       Wannenfifter       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: .....

## Bedarfsanalyse

Wie ist die zu betreuende Person vom Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung)

Hobbys und Interessen der zu betreuenden Person

### Wohnsituation am Pflegeort

Nächste größere Stadt .....

Entfernung zum Wohnort: .....

Lage:  Großstadt

Kleinstadt  Dorf

Wohnsituation:  Haus

Wohnung (Etage):

Lift:  ja

nein

Ist ein Fahrrad vorhanden

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

TV

Fenster

Haustier:

keine

wenn ja, welche:

Freizeit für Pflegekraft:

täglich 3 Stunden

an individuellen Tagen in Absprache mit Familie

## Bedarfsanalyse

### Anforderungen an die Pflegekraft

#### Geschlecht:

- Frau                       Mann                       egal

#### Nichtraucher:

- Ja                               nein                               nur draußen

#### Führerschein:

- ja, mit Fahrpraxis    Automatik                       Manuel  
 egal

#### Deutschkenntnisse:

- Grundkenntnisse                       Kommunikativ                       sehr gut

- Sonstige Anforderungen: .....

### Sonstiges

#### Aufgaben im Haushalt:

- Reinigung der Wohnung    Waschen                       Bügeln  
 Einkäufe                               Kochen                               Haustierversorgung  
 Garten/Mähen                       Winterdienst  
 Sonstiges: .....

#### Erfolgen regelmäßige Besuche?

- ja                               nein

#### Wird Hilfe benötigt?

- ganztags (zur Betreuung)  
 halbtags  
 stundenweise (auf Abruf)

## Bedarfsanalyse

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes: .....

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes

1 Monat       bis 3 Monate       länger als 3 Monate

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? .....

Wer hat uns empfohlen? .....

Weitere Bemerkungen:

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