

Bedarfsanalyse

1. Angaben zur Kontaktperson

Anrede: Frau Herr

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße u. Nr.: _____ PLZ u. Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.-Nr. mit Vorwahl: _____

Mobil - Nr. _____ E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad zur betreuten Person: _____

2. Angaben zur betreuenden Person

Anrede: Frau Herr

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße u. Nr.: _____ PLZ u. Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.-Nr. mit Vorwahl: _____

Mobil - Nr. _____ E-Mail: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ kg

3. Aktueller Pflegegrad

1 2 3 4 5 keine

Pflegestufe bzw. Höherstufung beantragt

Ist ein Pflegedienst beauftragt ? Ja Nein

Wenn ja, soll der Pflegedienst weiterhin kommen ? Ja Nein

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst ? _____

4. Aktuelle Diagnosen

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Herz- Kreislauferkrankung |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Krebs _____ |
| <input type="checkbox"/> Colostoma (Künstlicher Darmausgang) | <input type="checkbox"/> Allergien _____ |
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheiten, wenn ja, welche | _____ |

Sonstiges: _____

5. Pflegeanamnese

5.1 Kommunikation / Orientierung

| Kommunikationsstörungen | Nein | leichte | schwere |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: _____

Hilfsmittel: Hörgerät Brille

| Orientierungsstörungen | Nein | leichte | schwere |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zeitlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| örtlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zur Person | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| situativ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: _____

5.2 Sich bewegen

| | selbständig | teilweise Hilfe | volle Hilfe |
|----------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Gehen / Stehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liegen / Lagewechsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hilfsmittel: | <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| | <input type="checkbox"/> Gehstütze | <input type="checkbox"/> Beinprothese | <input type="checkbox"/> Armprothese |
| | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Stützkorsett | <input type="checkbox"/> Anti - Dekubitus - Matratze |

Sonstiges: _____

| | | |
|---|-------------------------------|---|
| Liegt Bettlägerigkeit vor ? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, wo ? _____ |
| Dekubitus ? (Hautdefekte) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, wo ? _____ |
| Dekubitusgefahr ? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Regelmäßige Lagerung erforderlich ? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, alle _____ Stunden |
| Lähmungen ? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, wo ? _____ |
| Rollstuhlfahrer / in ? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hilft die zu betreuende Person beim Transfer z.B. vom Bett in den Rollstuhl mit ? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Entfällt |
| Sturzgefahr ? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bewegungsdrang ? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Weglauff Tendenz ? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

5.3 Körperpflege

| | selbständig | teilweise Hilfe | volle Hilfe |
|-----------------|--|------------------------------------|---|
| Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duschen / Baden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intimpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haare waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kämmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rasieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fußpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maniküre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hilfsmittel: | <input type="checkbox"/> Duschstuhl | <input type="checkbox"/> Sitzbrett | <input type="checkbox"/> Badewannenlift |
| | <input type="checkbox"/> Haltegriff, z.B. im Bad | | |

Sonstiges: _____

5.4 Essen und Trinken

| | selbständig | teilweise Hilfe | volle Hilfe |
|---------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schluckstörungen ? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Magensonde ? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche ? | _____ |
| Ernährungszustand ? | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Adipös | <input type="checkbox"/> Kachektisch |
| | <input type="checkbox"/> Exsikkiert | | |
| Trinkmenge ? | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> wenig | |
| Kostform ? | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Vollwert | <input type="checkbox"/> Vegetarisch |
| | <input type="checkbox"/> Sondenkost | <input type="checkbox"/> Diabetikerkost | |

Vorlieben ? Speisen und Getränke: _____

Abneigungen ? Speisen und Getränke: _____

Sonstiges: _____

5.5 Ausscheidung

- Urin - Inkontinent ? Nein Ja
- Stuhl - Inkontinent ? Nein Ja
- Durchfallneigung ? Nein Ja
- Hilfsmittel:
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einlagen | <input type="checkbox"/> Windeln | <input type="checkbox"/> Blasen - Katheter <small>(Katheter durch Harnröhre in der Blase)</small> |
| <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Stomabeutel <small>(Darmentleerung über Beutel)</small> | <input type="checkbox"/> Suprapubischer - Katheter <small>(Katheter durch Bauchdecke in der Blase)</small> |

5.6 Sich Kleiden

- | | selbständig | teilweise Hilfe | volle Hilfe |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ankleiden / Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kleiderauswahl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lieblingskleidung, Farben, Schmuck ? | _____ | | |

5.7 Ruhen und Schlafen

- Mittagsschlaf ? Nein Ja
- Einschlafstörungen ? Nein Ja
- Durchschlafstörungen ? Nein Ja
- Einnahme von Schlafmedikation ? Nein Ja
- Lagerung in der Nacht notwendig ? Nein Ja
- Toilettengänge in der Nacht ? Nein Ja, zu folgender Uhrzeit : _____

5.8 Gewohnter Rhythmus

- Aufstehzeit _____ Uhr
- Frühstückszeit _____ Uhr
- Mittagessen _____ Uhr
- Mittagsschlaf _____ Uhr
- Kaffeezeit _____ Uhr
- Abendbrotzeit _____ Uhr
- Bett - Zeit _____ Uhr

6. Hobbys und Interessen

7. Gemütslage

ausgeglichen freundlich verdrießlich depressiv

Sonstiges: _____

8. Kriterien zur Personenauswahl

Gewünschtes Alter 20-35 Jahre 35-50 Jahre über 50 Jahre nicht wichtig

Gewünschtes Geschlecht Frau Mann nicht wichtig

Nichttrauer/in Nein Ja nicht wichtig

Führerschein Nein Ja nicht wichtig

Gewünschtes Sprachkenntnisse

keine / geringe Deutschkenntnisse

Grundkenntnisse / einfacher Grundwortschatz

Kommunikativ, einfache Verständigung in üblichen Alltagssituationen

gut Kommunikativ, einfache Unterhaltung, relativ gute Sprachkompetenz

gute bis sehr gute Kommunikation

Sonstiges (z.B. tierlieb, religiös usw.) _____

9. Wohnsituation der zu betreuenden Person

1 - Personen - Haushalt 2 - Personen - Haushalt Mehr - Personen - Haushalt

Haus Mietwohnung in Etage _____

Fahrrad vorhanden ? Nein Ja

Tiere im Haushalt ? Nein Ja, welche: _____

Separates Zimmer für die Betreuungskraft vorhanden? Nein Ja

Eigenes Bad für die Betreuungskraft vorhanden ? Nein Ja

Mitbenutzung eines Bades durch die Betreuungskraft ? Nein Ja

Zimmerausstattung der Betreuungskraft

Bett

Schrank

Tisch und Stuhl

Radio

TV

Computer

Internetzugang

Sonstiges: _____

Entfernung zur nächsten Einkaufsmöglichkeit

ca. 5 - 10 Min. ca. 15 Min. ca. 30 Min. über 30 Min.

10. Ergänzende Angaben

Hilfestellung in der Nacht erforderlich ? Nein Ja wie oft ? _____

Geplanter Beginn der Betreuungskraft ? _____
Datum

Nächster großer Bahnhof / Busbahnhof ? _____
Stadt

Rechnungsempfänger

Die jeweiligen Rechnungen sollen auf nachfolgenden Namen und Anschrift erstellt werden.

wie angegebene Kontaktperson unter Punkt 1.

wie angegebene zu betreuende Person unter Punkt 2.

Datenschutzerklärung gem. EU-DSGVO

Ich willige ein, dass der Auftragnehmer (Firma **Matthias Nowicki, curadomi und Kooperationspartner, die mit diesem Auftrag arbeiten**) die auftragsbezogene Daten schriftlich und / oder auf EDV speichert und ausschließlich im Rahmen der zur Ausübung der Dienstleistungen notwendigen Tätigkeiten und des Datenaustausches dies bezogen verwendet.

Weitere Verwendungsarten oder die Weitergabe an Dritte außerhalb der eigentlichen Tätigkeit sind ohne ausdrückliche vorherige Genehmigung des Auftraggebers nicht gestattet. Die Daten bleiben für die Dauer eines Vertragsverhältnisses sowie die Dauer eines Vermittlungsvorganges gespeichert.

Der Auftraggeber versichert, die Daten aller vorgestellten Arbeitnehmern des Auftragnehmers vertraulich zu behandeln, sowie an Dritte keine Einsicht zu gewähren.

Ich willige ein, dass meine Daten auch an die Transportunternehmen weiter gegeben werden, die, die Arbeitnehmern des Auftragnehmers abholen und hinbringen.

Ort, Datum

Unterschrift Leistungsnehmer
