

Bedarfsanalyse

Zu betreuende Person

Datum: _____

Name		
Vorname		
Straße, Nr.		
PLZ, Ort		
Geburtsdatum		
Krankenkasse		
Versicherten-Nummer		
Größe / Gewicht	cm	kg
Hauptdiagnose		
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt – wann? <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 3 <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> Grad 5	

Auftraggeber

Name	
Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon / Fax	
Mobil	
E-Mail	
Beziehung zur pflegebedürftigen Person	
Im Notfall zu benachrichtigende Person	
Notfallnummer	

Rechnungsempfänger

Auftraggeber
 zu betreuende Person
 andere Person

Name und Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon / Fax	
Mobil	
E-Mail	

Allgemeine Fragen:

Wird eine Pflegeberatung nach §7a SGB XI benötigt? Ja Nein

Wenn ja, zu welchen Themen:

- Pflegeleistungen (Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombinationsleistung)
- Entlastungsbetrag, Kurzzeit- und Verhinderungspflege
- Hilfsmittel, Wohnraumanpassung
- Unterstützung für pflegende Angehörige
- Weitere Themen:.....

Sind sie mit einem Lastschriftverfahren per Bank einverstanden? Ja Nein

Besteht Interesse an „Essen auf Rädern“? Ja Nein

Ist ein Hausnotruf vorhanden? Ja Nein

Wird ein individueller Versorgungsplan benötigt? Ja Nein

Pflegedienst:

Erfolgt derzeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst? Ja Nein

Wenn Ja, welcher Pflegedienst?.....

Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden? Ja Nein

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst / wie oft?

Lebt eine weitere Person, außer der zu betreuende Person, im Haushalt?

Ja Nein Wenn ja, Name.....

Beziehung zur zu betreuenden Person

Wenn ja, Geschlecht? männlich weiblich

Geburtsdatum..... Größe cm Gewicht kg

Pflegegrad: nein 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

- uneingeschränkt benötigt Unterstützung beim Gehen
 bettlägerig auf Rollstuhl angewiesen

Vorhandene Hilfsmittel

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Pflegestuhl | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl |
| <input type="checkbox"/> Lifter | <input type="checkbox"/> Wannenfifter | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> elektr. Lattenrost |
- 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

- | | | |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung | <input type="checkbox"/> Urininkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> künstlicher Ausgang |

Schlafsituation

Wird nachts Unterstützung benötigt?

- Nein 1-mal pro Nacht 2-mal pro Nacht
 öfter als 2-mal pro Nacht Sonstige Bemerkungen:

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

Hobbys und Interessen der zu betreuende 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
-

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)

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:

Einverständniserklärung / Datenschutz

Ich, _____, stimme zu, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der Bedarfsanalyse erhoben, gespeichert und – soweit notwendig – an beteiligte Leistungserbringer (z. B. Pflegedienst, Arzt, Pflegekasse) weitergegeben werden dürfen.

Ort/Datum: _____ Unterschrift Kunde _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift Berater: _____