



Pflegebedarfsanalyse

Allgemeine Informationen



Cornelia Ziegler
Postfach 1302 / 67603 Kaiserslautern
TEL: 0631 31 10 100
info@seniorenbetreuung-ziegler.de

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

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

2. Pflegegrade

keine	Falls ja, welche Beantragt:	1	2	3	4	5
-------	--------------------------------	---	---	---	---	---

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:	keine	leichte	massive Probleme
Hörvermögen:	keine	leichte	massive Probleme
Sehkraft:	keine	leichte	massive Probleme
Hörgerät:	ja	nein	
Brille:	ja	nein	
Bewegung:	selbstständig	mit Unterstützung	bettlägerig
Hilfsmittel:	Rollstuhl	Rollator	keine
Treppen:	selbstständig	mit Unterstützung	nicht möglich
Transfer Bett/Rollstuhl:	selbstständig	mit Unterstützung	kein Transfer
Geistiger Zustand:	klar	teilnahmslos	verwirrt
Toilette: alleine	Teilinkontinenz	Vollinkontinenz	mit Hilfe
Körperpflege:	selbstständig	mit Hilfe	komplett mit Hilfe
An-/Auskleiden:	selbstständig	mit Hilfe	komplett mit Hilfe
	selbstständig	mit Hilfe	komplett mit Hilfe

5. Ein-/Durchschlafen

uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt	
Wie oft steht der Patient nachts auf? <input type="text"/>			
Ist die Hilfe der Betreuungskraft erforderlich?	ja	nein	teilweise

1. Diagnosen / Krankheitsbilder
Patient 2

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

2. Pflegegrade

keine	Falls ja, welche Beantragt:	1	2	3	4	5
-------	--------------------------------	---	---	---	---	---

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:	keine	leichte	massive Probleme
Hörvermögen:	keine	leichte	massive Probleme
Sehkraft:	keine	leichte	massive Probleme
Hörgerät:	ja	nein	
Brille:	ja	nein	
Bewegung:	selbstständig	mit Unterstützung	bettlägerig
Hilfsmittel:	Rollstuhl	Rollator	keine
Treppen:	selbstständig	mit Unterstützung	nicht möglich
Transfer Bett/Rollstuhl:	selbstständig	mit Unterstützung	kein Transfer
Geistiger Zustand:	klar	teilnahmslos	verwirrt
Toilette: alleine	Teilinkontinenz	Vollinkontinenz	mit Hilfe
Körperpflege:	selbstständig	mit Hilfe	komplett mit Hilfe
An-/Auskleiden:	selbstständig	mit Hilfe	komplett mit Hilfe
	selbstständig	mit Hilfe	komplett mit Hilfe

5. Ein-/Durchschlafen

uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt	
Wie oft steht der Patient nachts auf? <input type="text"/>			
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 ² :	<input type="text"/>

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 von Seniorenbetreuung Ziegler 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