

BEDARFSANALYSE

Offenbaren Sie Ihre Präferenzen



IHRE KONTAKTAKTDATEN

Name

Nachname:

Vorname:

Anschrift

Straße:

Nr:

PLZ:

ORT:

Kontakt

E-mail:

Tel:

Fax:

Verwandschaftsgrad

Name

Nachname:

Vorname:

Anschrift

Straße:

Nr:

PLZ:

ORT:

Tel:

Geschlecht

mannlich

weiblich

Geburtsdatum:

Große:

Gewicht:

Pflegestufe

keine

Pflegestufe 1

Pflegestufe 2

Pflegestufe 3

Pflegestufe beantragt:

welche

wann

Pflegedienst

Erfolg 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?

Gibt es zusätzliche Personen im Haushalt?

ja

nein

Falls ja, wie viele?

1

2

3

4

Falls eine der zusätzlichen Person auch Pflege benötigt, bitte eine separate Bedarfsanalyse ausfüllen!

Diagnosen

Geistige Behinderung

Asthma

Altersschwache

Diabetes

Schlaganfall

Dekubitus

Demenz

Bluthochdruck

Niedriger Blutdruck

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | |

Sonstige Diagnosen

Geistiger Zustand

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> Dem Alter entsprechend |
| <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> teilnahmslos |

Bewegungsfähigkeit

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> auf Rollator angewiesen |
| <input type="checkbox"/> auf Rollstuhl angewiesen | <input type="checkbox"/> Bettlagerig |

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"/> 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 gehenn

- selbstständig mit Unterstützung komplette Übernahme

Bewegungsfähigkeit

- 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:

Lage

- Großstadt
 Kleinstadt
 Dorf

Wohnsituation

- Haus
 Wohnung (Etage):

- Lift**
 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
 Fernseher

Haustier

- keine
 wenn ja, welche:

Geschlecht

- Frau
 Mann
 egal

Nichtraucher

- ja
 nein

Führerschein

- ja
 nein

Deutschkenntnisse

- keine Grundkenntnisse
- Kommunikativ Gut
- Sonstige Anforderungen:

Vorhandene Hilfsmittel

- Putzen Waschen Bugeln
- Fensterputzen Einkäufe Kochen
- Haustierversorgung

Sonstiges:

Erfolgen regelmäßige Besuche? ja nein

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes

- 1 Monat 6 Wochen
- 2 Monate Länger als 3 Monate

Haben Sie noch Fragen oder Anregungen?