

Bedarfserfassungsbogen

I. ANGABEN ZUR KONTAKTPERSON

ANREDE	<input type="text"/>		
NAME	<input type="text"/>	VORNAME	<input type="text"/>
STRASSE	<input type="text"/>	NUMMER	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	ORT	<input type="text"/>
FESTNETZ	<input type="text"/>	MOBIL	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
VERWANDTSCHAFTSGRAD ZUR BETREUENDEN PERSON	<input type="text"/>		

II. ANGABEN ZUR BETREUENDEN PERSON

ANREDE	<input type="text"/>		
NAME	<input type="text"/>	VORNAME	<input type="text"/>
STRASSE	<input type="text"/>	NUMMER	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	ORT	<input type="text"/>
FESTNETZ	<input type="text"/>	MOBIL	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
GEBURTSDATUM	<input type="text"/>	GRÖSSE (cm)	<input type="text"/>
		GEWICHT (kg)	<input type="text"/>
WOHNT DIE ZU BETREUENDE PERSON ALLEIN	<input type="text"/>		
WOHNT ZUSAMMEN MIT	<input type="text"/>		
DIE ZU BETREUENDE PERSON WOHT IN	<input type="checkbox"/> Haus	<input type="checkbox"/> Wohnung	
WENN IN WOHNUNG, WELCHES OG	<input type="text"/>		
IST EIN AUFZUG VORHANDEN	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
IST EIN GARTEN VORHANDEN	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
SIND HAUSTIERE VORHANDEN	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
WENN JA, WELCHE (MIT ANZAHL)	<input type="text"/>		

III. ERKRANKUNGEN DES KÖRPERS UND GEISTES

AKTUELLER PFLEGEGRAD kein 1 2 3 4 5

PFLEGEGRAD BEANTRAGT nein 1 2 3 4 5

WELCHE KRANKHEITSBILDER SIND BEKANNT

- | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Dermatitis | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Schlaganfall rechts |
| <input type="checkbox"/> Demenz leicht | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall links |
| <input type="checkbox"/> Demenz mittel | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Stoma (Anus praeter) |
| <input type="checkbox"/> Demenz schwer | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Tumor |

LIEGEN SONSTIGE DIAGNOSEN VOR nein ja

WENN JA, WELCHE

LIEGT EINE ANSTECKENDE KRANKHEIT VOR nein ja

WENN JA, WELCHE

IST DIE ZU BETREUENDE PERSON RAUCHER nein ja

BESTEHT MEDIKAMENTENPFLICHT nein ja

BESTEHT EIN PALLIATIV STADIUM nein ja

LIEGT EINE PATIENTENVERFÜGUNG VOR nein ja

ERFOLGT EINE VERSORGUNG DURCH DEN PFLEGEDIENST nein ja

WENN JA, SOLL DER AMBULANTE PFLEGEDIENST AUCH WEITERHIN IN ANSPRUCH GENOMMEN WERDEN nein ja

WENN JA, WIE OFT TÄGLICH

WELCHE TÄTIGKEITEN LEISTET DER AMBULANTE PFLEGEDIENST

ANSPRECHPARTNER PFLEGEDIENST

IV. KÖRPERLICHE EINSCHRÄNKUNGEN

WELCHE EINSCHRÄNKUNGEN SIND BEKANTT

	keine	mäßige	massive	Anmerkungen
<u>KOMMUNIKATION</u>				
HÖREN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SEHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SPRECHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>ORIENTIERUNG</u>				
PERSÖNLICH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ÖRTLICH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ZEITLICH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SITUATIVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>MOBILITÄT</u>				
GEHVERMÖGEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
STEHVERMÖGEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TREPPENSTEIGEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRANSFER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>ERNÄHRUNG</u>				
NAHRUNG AUFNEHMEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRINKVERHALTEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
KAUEN UND SCHLUCKEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>KÖRPERPFLEGE</u>				
GESICHTSPFLEGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MUNDPFLEGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RASIEREN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OBERKÖRPER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
UNTERKÖRPER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BADEN/DUSCHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FUSSPFLEGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HARNINKONTINENZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
STUHLINKONTINENZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>SICH KLEIDEN</u>				
ANKLEIDEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENTKLEIDEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SCHUHE ANZIEHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANGABEN ZUM SCHLAFVERHALTEN

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt	Anmerkungen			
EINSCHLAFEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
DURCHSCHLAFEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
WACHT WEGEN ANGSTZUSTÄNDEN AUF		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich			
BRAUCHT HILFE BEIM TOILETTENGANG		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich			
ANZAHL DER TOILETTENGÄNGE IN DER NACHT		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> mehr
WERDEN SCHLAFMITTEL EINGENOMMEN		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				
UMLAGERN IM BETT		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				
IST EIN TAG- / NACHTRHYTHMUS VORHANDEN		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich			
IST NACHTARBEIT ZU VERRICHTEN		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich			

WENN JA,
WELCHE NACHTARBEITEN FALLEN IN WELCHEM UMFANG AN (ANGABEN IN ZEIT)

ÜBERWACHUNGSSYSTEME
 Babyfon
 Bewegungsmelder
 Hausnotruf
 Kamera
 keine

SIND HILFSMITTEL VORHANDEN
 Antidekubitusmatratze
 Duschsitz
 Pflegebett
 Rollstuhl

Badewannenlift
 Hörgerät
 Rollator
 Treppenlift

BESTEHEN WEITERE HILFSMITTEL ODER WURDEN WELCHE BEANTRAGT

ANGABEN ZU AKTUELLEN THERAPIEN

WIRD BEI DER BETREUENDEN PERSON EINE THERAPIE DURCHGEFÜHRT

<input type="checkbox"/> Beschäftigungstherapie	<input type="checkbox"/> Psychotherapie / Behandlung von Angststörungen
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Psychotherapie / Behandlung von Depressionen im Alter
<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Rehabilitation von Grunderkrankungen
<input type="checkbox"/> Medikamentöse Therapie	<input type="checkbox"/> Therapie bei Gangunsicherheit

THERAPEUT WIRD EXTERN BESUCHT nein ja

THERAPEUT KOMMT INS HAUS nein ja

WIE OFT IN DER WOCHE

WER ORGANISIERT DIE FAHRT

CHARAKTEREIGENSCHAFTEN UND GEMÜTSZUSTAND

- | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aktiv | <input type="checkbox"/> Depressiv | <input type="checkbox"/> Euphorisch | <input type="checkbox"/> Gereizt | <input type="checkbox"/> Launisch |
| <input type="checkbox"/> Ängstlich | <input type="checkbox"/> Distanziert | <input type="checkbox"/> Fordernd | <input type="checkbox"/> Gesprächig | <input type="checkbox"/> Leicht erregbar |
| <input type="checkbox"/> Bestimmend | <input type="checkbox"/> Durcheinander | <input type="checkbox"/> Freundlich | <input type="checkbox"/> Kritisch | <input type="checkbox"/> Misstrauisch |
| <input type="checkbox"/> Cholerisch | <input type="checkbox"/> Dominant | <input type="checkbox"/> Fröhlich | <input type="checkbox"/> Labil | <input type="checkbox"/> Ruhig |

ANMERKUNGEN

LIEBLINGSBESCHÄFTIGUNGEN, HOBBYS UND RITUALE

- | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausgehen | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele | <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Musik spielen | <input type="checkbox"/> Spaziergänge |
| <input type="checkbox"/> Fernsehen | <input type="checkbox"/> Gymnastik | <input type="checkbox"/> Lesen | <input type="checkbox"/> Ordnung halten | <input type="checkbox"/> Stricken |
| <input type="checkbox"/> Garten | <input type="checkbox"/> Haustiere | <input type="checkbox"/> Musik hören | <input type="checkbox"/> Singen | <input type="checkbox"/> Unterhaltung |

ANMERKUNGEN

V. ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUUNGSKRAFT

- DAUER DES EINSATZES 1 - 2 Monate 3 - 6 Monate dauerhaft
- BEGINN DES EINSATZES
- GESCHLECHT Frau Mann nicht relevant
- ALTER 20 - 30 Jahre 30 - 40 Jahre 40 - 50 Jahre > 50 Jahre
- FÜHRERSCHEIN nein ja nicht relevant
- QUALIFIKATION Diplomierte Fachkraft, Krankenpfleger(in) oder vergleichbarer Beruf*
(* Medizinische Leistungen dürfen nicht erbracht werden)
 Betreuer(in) / Hauswirtschaftskraft mit Erfahrung in der Betreuung pflegebedürftiger Menschen
- SPRACHKENNTNISSE Grundkenntnisse (versteh einfache Anweisungen, erst nach einiger Übung vor Ort werden alltägliche Sätze gelernt und verstanden, kann sich nur begrenzt ausdrücken)
 Mittlere Kenntnisse (einfache Unterhaltung, Alltagskommunikation, kann sich hierzu ausdrücken, viele grammatikalische Fehler)
 Gute Kenntnisse (versteh fast alles und kann sich gut ausdrücken, teilweise mit Akzent und grammatikalischen Fehlern)
- RAUCHER(IN) Nichtraucher(in) Rauchen nur draußen nicht relevant

GEWÜNSCHTE BETREUUNGSTÄTIGKEITEN UND HAUSARBEITEN

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arztbesuche | <input type="checkbox"/> Haustierversorgung | <input type="checkbox"/> Körperpflege |
| <input type="checkbox"/> Bügeln | <input type="checkbox"/> Hobbys nachgehen | <input type="checkbox"/> Reinigung/Putzen |
| <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen |

SONSTIGE ERWARTUNGEN AN DIE BETREUUNGSKRAFT

VI. RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT

LAGE Ländlich Dorf Stadt Großstadt

EINKAUFSMÖGLICHKEITEN (ZU FUß) 10 min 20 min 30 min 40 min

- Geschäfte sind gut zu Fuß zu erreichen
- Betreuer(in) kann mit dem Fahrrad fahren
- Betreuer(in) kann mit dem Auto fahren
- Betreuer(in) kann mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren
- Betreuer(in) fährt im Auto mit Betreuten als Fahrer
- Betreuer(in) fährt im Auto mit Familienmitgliedern
- Einkäufe werden regelmäßig eingekauft und geliefert von:

WOHNSITUATION Wohnung Haus Mehrfamilienhaus

UNTERKUNFT DER BETREUUNGSKRAFT Zimmer qm:

Wohnung qm

AUSSTATTUNG DES ZIMMERS

- eigenes Badezimmer gemeinsames Badezimmer
- eigene Toilette gemeinsame Toilette
- Bett Zimmerfenster
- Kleiderschrank Computer
- Tisch TV Anlage
- Radio DVD Anlage

INTERNETZUGANG WiFi Stick Kabel wird installiert keine Möglichkeit

TELEFONZUGANG Telefon ist vorhanden Telefon ist nicht vorhanden
 Mitbenutzung des Telefons ist möglich Mitbenutzung des Telefons ist nicht möglich

TELEFON FLATRATE INS AUSLAND nein ja wird beantragt

FAHRRAD FÜR BETREUUNGSKRAFT nein ja wird organisiert

WEITERE INFORMATIONEN ZUR UNTERKUNFT

WIE IST DIE FREIZEIT DER BETREUUNGSKRAFT GEREGLT

WER ÜBERNIMMT IN DIESER ZEIT DIE BETREUUNG

ANSPRECHPARTNER FÜR BETREUUNGSKRAFT VOR ORT

VII. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die MDH-Pflegeagentur die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet und an die ausländischen Kooperationspartner weitergibt, sofern dies zur Bearbeitung der Anfrage erforderlich ist. Die Weitergabe der Daten wird für die Personalsuche und die Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für die Betreuungsleistungen und zum Zweck der Vorbereitung und Realisierung des Vertrages über die Erbringung von Betreuungsleistungen benötigt. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, einzusehen unter: www.mdh-pflegeagentur.de/datenschutzerklaerung. Ich erkläre mich mit der Zusendung von Angeboten per Post, E-Mail und der telefonischen Beratung einverstanden.

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass ich die Möglichkeit habe, die erteilte Einwilligung per E-Mail unter der Adresse: datenschutz@mdh-pflegeagentur.de oder telefonisch unter der Nummer 0049 6321 4807 931 jederzeit zu widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung und Erfüllung von Marketingaufgaben, die aufgrund der Einwilligung bis zu Ihrem Widerruf erfolgte.

Zum Schluss bedanken wir uns für Ihre Zeit und Ihre Anfrage und freuen uns auf einen Hinweis, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind.

EMPFEHLUNG DURCH

Pflegedienst Arzt Freunde/Bekannte sonstige

WERBUNG

Internet Zeitung Außenwerbung sonstige

Ort, Datum

Unterschrift (Vor- und Nachname)