

Bedarfsbogen

Bitte den Bedarfsbogen ausfüllen, abspeichern und als Anlage zurückschicken an:
info@seniorenpflege-daheim.de

	Dienstleistungsnehmer	Kontaktperson
NAME	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
VORNAME	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
STRASSE, HAUS-NR.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
PLZ und ORT	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
GEBURTSDATUM	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
TELEFON	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
MOBIL	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
E-MAIL	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
VOLLMACHT	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Verwandtschaftsgrad der Kontaktperson

Gewünschter Einsatzbeginn:

DIENSTLEISTUNGSNEHMER

GEWICHT kg:

GRÖSSE:

PFLEGEGRAD:

DIAGNOSEN, bitte ankreuzen:

Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>	Allergien: bitte eintragen <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	Diabetes mit Insulinbehandlung	<input type="checkbox"/>	Hypertonie	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>	Tumor	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Stoma	<input type="checkbox"/>
Demenz	<input type="checkbox"/>	Altersbedingte Gehschwäche	<input type="checkbox"/>	Sehschwäche	<input type="checkbox"/>

Sonstige Diagnosen – bitte eintragen:

Hilfsmittel, Hilfsgeräte, medizinische Utensilien

Hörgerät	<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>	Anti-Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/>
Badewannenlift	<input type="checkbox"/>	Katheter	<input type="checkbox"/>	Inkontinenzeinlagen	<input type="checkbox"/>
Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	Notrufsystem	<input type="checkbox"/>	Orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/>
PEG-Sonde	<input type="checkbox"/>	Pflegebett	<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Sprachhilfegerät	<input type="checkbox"/>	Treppenlift	<input type="checkbox"/>
Urinflasche	<input type="checkbox"/>	Windeln	<input type="checkbox"/>	Gehstock	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	Sauerstoff	<input type="checkbox"/>	Duschstuhl	<input type="checkbox"/>

Einsatz mobiler Pflegedienst (Sozialstation)

- derzeit keine medizinische Versorgung
- medizinische Versorgung (Sozialstation)
- medizinische Versorgung wird beibehalten

Nächtlicher Rhythmus (Ein- und Durchschlafen)

Ungestört

Gestört

Wie oft gestört pro Nacht

Urin und Stuhlgang

Urininkontinenz

- kontinent
- teilweise inkontinent
- inkontinent

Stuhlinkontinenz

- kontinent
- teilweise inkontinent
- inkontinent

Ausprägung psychosomatischer und körperlicher Fähigkeiten -bitte auswählen-

Geistiger Zustand	
Sprechen	
Sehvermögen	
Hörvermögen	
Bewegung	
Ankleiden/Auskleiden	
Trinken und Essen	
Baden und Duschen	
Mund und Gesichtspflege	
Schlafen	
Toilettengang	

Persönlichkeitsbild

	nie	selten	häufig
freundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lebensfroh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruhig/zurückhaltend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dominant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ungeduldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schnell reizbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interessen/Hobbys Dienstleistungsnehmer

Leistungskatalog*

*bitte die Frequenz pro Tag (T) bzw. pro Woche (W) in die Kästchen eintragen, z.B. **2T** für 2 x täglich

Körpergerechte Hilfestellung

An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	Fußpflege	<input type="checkbox"/>	Hilfe bei Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	Rasieren	<input type="checkbox"/>	Begleitung WC	<input type="checkbox"/>
Mund-Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	Kämmen	<input type="checkbox"/>	Begleitung Spaziergänge	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	Haare waschen	<input type="checkbox"/>	Inkontinenzversorgung	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	Transfer vom Bett in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Windeln wechseln	<input type="checkbox"/>

Haushaltsgerechte Hilfestellung

Zubereiten von Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	Spülen	<input type="checkbox"/>	Wäsche waschen, bügeln, einräumen	<input type="checkbox"/>
Tisch decken/abräumen	<input type="checkbox"/>	Einkäufe	<input type="checkbox"/>	Wohnung reinigen	<input type="checkbox"/>

Tagessstruktur des Dienstleistungsnehmer

Morgens

Mittags

Nachmittags

Abends

Nachts – bitte auch eintragen, ob nachts Hilfe benötigt wird und in welchem Umfang

Betreuungspersonal

Erwartungen an das Betreuungspersonal

Gewünschtes Alter der Pflegekraft (ca.)

Gewünschte Deutschkenntnisse

20-40 Jahre	<input type="checkbox"/>		Mittlere Deutschkenntnisse (Kommunikation bez. Betreuung, Tagesablauf)	<input type="checkbox"/>
40-50 Jahre	<input type="checkbox"/>		Gute Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/>
über 50 Jahre	<input type="checkbox"/>		Sehr gute Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/>
Alter ist egal	<input type="checkbox"/>		Egal	<input type="checkbox"/>

Geschlecht Pflegekraft

Führerschein

Rauchen (bitte ankreuzen)

- Raucher Gelegenheitsraucher (nur draußen)
Nichtraucher Elektronisches Rauchen (nur draußen)

Gegebenheiten vor Ort

Patient(in) wohnt in

Anschluss öffentlicher Nahverkehr vorhanden

Wohnsituation	Wohnung <input type="checkbox"/>	DHH <input type="checkbox"/>	EFH <input type="checkbox"/>
	=====	=====	=====
	Stockwerk eintragen: <input type="text"/>		
	Aufzug/Treppenlift vorhanden j/n <input type="text"/>		

Wohnsituation Pflegekraft

Eigenes Zimmer <input type="checkbox"/>	Eigenes Badezimmer <input type="checkbox"/>	Fernseher <input type="checkbox"/>	Tisch im Zimmer <input type="checkbox"/>
Eigene Wohnung <input type="checkbox"/>	Kleiderschrank <input type="checkbox"/>	Internetanschluss <input type="checkbox"/>	Zimmer m. Fenster <input type="checkbox"/>

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß

10 Gehminuten <input type="checkbox"/>	20 Gehminuten <input type="checkbox"/>	30 Gehminuten <input type="checkbox"/>	Nicht vorhanden <input type="checkbox"/>
--	--	--	--

Angehörige

Angehörige Im Haus/ Wohnung <input type="checkbox"/>	Im Umfeld <input type="checkbox"/> Entfernung km: <input type="text"/>	Wer wohnt noch im Haushalt <input type="text"/>	Regelmäßiger <input type="checkbox"/> Besuch Kein Besuch <input type="checkbox"/>	Wie oft wird Patient besucht i.d.Woche <input type="text"/>
--	---	---	---	---

Tier im Haushalt

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam

Internet Zeitung Flyer Sozialstation Empfehlung Messe

Datenschutz

Wir respektieren und schützen Ihre Privatsphäre. Die Seniorenpflege Daheim GmbH wird personenbezogene Daten nur zum Zweck der Bearbeitung Ihrer Anfrage und ggf. im Rahmen einer nachfolgenden Vermittlungsbetreuung verwenden. Selbstverständlich können Sie die Löschung Ihrer Daten auch jederzeit durch persönliche, schriftliche oder fernmündliche Kontaktaufnahme mit uns verlangen.

Bestätigung

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die Seniorenpflege Daheim GmbH die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen, persönlichen Daten zur Kontaktperson bzw. zum Hilfsbedürftigen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Soweit es für die Bearbeitung meiner Anfrage notwendig ist, gibt die Seniorenpflege Daheim GmbH diese Daten an Vertragspartner weiter, die diese Daten benötigen, um einen Personalvorschlag bzw. ein Vertragsangebot zur Unterstützung des Hilfsbedürftigen zu unterbreiten.

Die Bestimmungen nach DSGVO werden eingehalten.

- Ich versichere zur Angabe und Weiterleitung der hier genannten Daten befugt zu sein.
- Ich bestätige, dass die zuvor genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum, Name

Bitte zurücksenden an:

Seniorenpflege Daheim GmbH, Benzstraße 8, 70839 Gerlingen, oder per **Mail** an:
info@seniorenpflege-daheim.de