

Bedarfsanalysebogen:



I. Zunächst einige Informationen über Sie als Kontaktperson:

Vor- und Nachname:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon Privat:

Handy:

Email-Adresse:

Verwandtschaftsgrad: (zwischen der Kontaktperson und der Betreuungsperson/en):

II. Angaben zu der/den Betreuungsperson/en

Frau/ Herr:

Vor- und Nachname:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Pflegegrad: Keine Pflegegrad () Pflegegrad 1 () Pflegegrad 2 () Pflegegrad 3 () Pflegegrad 4 ()

Pflegegrad 5 ()

Beantragt ()

Kommunikation:

Sprache: () nicht eingeschränkt () eingeschränkt () gar nicht

Hörvermögen: () nicht eingeschränkt () eingeschränkt () gar nicht () Hörgerät

Sehkraft: () nicht eingeschränkt () eingeschränkt () gar nicht () Brille

Welche Hilfe wird benötigt?

Körperpflege: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

Intimpflege: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

Mundpflege/Prothese: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

Waschen: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

Rasieren: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

An-/Auskleiden: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

Aufstehen: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

Baden / Duschen: () Selbstständig () mit Unterstützung () komplett Hilfsbedürftig

Hilfsmittel vorhanden?: Badewannenlift : () Duschstuhl: () Angehöriger oder zusätzliche Person hilft mit: ()

Zusätzliche Angaben:

Wie mobil / Bewegungstauglich ist die zu betreuende Person?

Kompl. Selbstständig: () Ja / () Nein, mit Gehstock: () Ja / () Nein, im Rollstuhl: () Ja / () Nein, mit Rollator: () Ja / () Nein, bettlägerig: () Ja / () Nein

Welche Hilfsmittel sind vorhanden (z.B. Lifter, Krankenbett, Rollator etc.)

Ist ein ambulanter Pflegedienst beauftragt ?

() Ja / () Nein. Wenn ja, soll dieser auch weiterhin kommen? () Ja / () Nein

Wenn ja wie oft kommt der Pflegedienst () täglich ___mal () wöchentlich ___mal

Sind regelmäßige Nachteinsätze nötig?

() Ja / () Nein Wenn ja, wie oft in der Nacht ?

Haushaltsführung:

Kochen / Essensvorbereitung: () immer () gelegentlich () gar nicht,

Einkaufen () immer () gelegentlich () gar nicht,

Wäsche waschen () immer () gelegentlich () gar nicht,

Bügeln () immer () gelegentlich () gar nicht,

Begleitung / spazieren () immer () gelegentlich () nein,

Haustiere im Haushalt : ()nein () ja, welche _____

Leidet die zu betreuende Person an Inkontinenz () ja ()nein?

Wenn ja, welcher Art ? () Harn () Stuhl,

Trägt die zu betreuende Personen () Pampers () Einlagen?

Besitzt die zu betreuende Person einen Toilettenstuhl? () ja () nein,

Beschreibung / Lage der Unterkunft:

Lage: () ländlich, () Dorf, () Kleinstadt, () Großstadt –zentral, () Großstadt –abgelegen,

Wohnsituation: () Einfamilienhaus, () Mehrfamilienhaus, () Wohnung qm _____,

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß) () ca. 10 Min, () ca. 20 Min, () ca. 30 Min, () ca. 40 Min und mehr,

Sonstiges: _____

III. Gewünschter Betreuungsbeginn:

Welches Geschlecht soll die Betreuungskraft haben () weiblich, () männlich, () egal,

Welche Anforderungen stellen Sie an die Betreuungskraft:

Datenschutz: Ihre persönlichen Daten dienen nur für interne Zwecke zur Erstellung eines Angebotes.
Wir geben Ihre Daten nicht an Dritte weiter.

Ort, Datum _____

Fragebogen erfasst von _____

Bitte senden Sie den Fragebogen an uns zurück per E-Mail: p.patolla-pflege@gmx.de

oder per Post: Gastro-Staff-Polska Sp.zo.o. in 45-837 Opole, ul.Wroclawska 133, Polen

Kontakt:

Telefon: +49 (0)21 31/ 408 39 93

Handy: +49 (0)176 217 635 07

E-Mail: p.patolla-pflege@gmx.de



**HELFENDE
HÄNDE24**
BETREUUNG DAHEIM.