

BEDARFSANALYSE

1. ANGABEN ZUM LEISTUNGSEMPFÄNGER

Anrede _____ Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____ Alter _____

Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl _____

Ort _____ Telefon _____

Fax _____ E-Mail _____

Größe _____ Gewicht _____

Pflegegrad 0 1 2 3 4 5

Es erfolgt eine Pflege durch einen Pflegedienst. ja nein
 geplant

Wenn ja, soll er auch weiter in Anspruch genommen werden? ja nein

Welchen Umfang soll der Pflegedienst beibehalten?

Leben weitere Personen im zugehörigen Haushalt? ja nein

Vorname, Nachname, Geb.Datum: _____

Wenn ja, muss diese Person auch betreut werden? ja nein

(Falls ja, füllen Sie bitte die Punkte unter 6. ebenfalls aus)

BEDARFSANALYSE

2. GESUNDHEITZUSTAND

Wie ist die Mobilität?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> rollstuhlfähig |
| <input type="checkbox"/> rollatorfähig | <input type="checkbox"/> bettlägerig |

Wie ist der Geisteszustand?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> teilnahmslos |
| <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> aggressiv |

Welche Krankheiten liegen vor?

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herz - Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Leidet die Person an ansteckenden Krankheiten?

- ja nein

Wenn ja, welche?

Charakterisieren Sie bitte die Grundpflege / Körperpflege:

- | | | | |
|-------------------|--|--|---|
| Körperpflege: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> Kompletts Hilfsbedürftig |
| Baden/Duschen: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> Kompletts Hilfsbedürftig |
| An-/Auskleiden: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> Kompletts Hilfsbedürftig |
| Essen/Trinken: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> Kompletts Hilfsbedürftig |
| Urinkontrolle: | <input type="checkbox"/> kontrolliert | <input type="checkbox"/> teilweise inkont. | <input type="checkbox"/> Inkontinent |
| Stuhlkontrolle: | <input type="checkbox"/> kontrolliert | <input type="checkbox"/> teilweise inkont. | <input type="checkbox"/> Inkontinent |
| Schluckstörungen: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> hat Störungen | <input type="checkbox"/> PEG Sonde |

- | | | |
|---------------------|---|---|
| Diät: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> ja, welche: |
| Ein-/Durchschlafen: | <input type="checkbox"/> keine Probleme | <input type="checkbox"/> Schlaf-/Wachrhythmus gestört |

Benötigt der Patient Hilfe in der Nacht?

- nie 1 mal 2-3 mal mehr als 3 mal

BEDARFSANALYSE

3. ANFORDERUNG AN DAS BETREUUNGSPERSONAL

Beginn der Betreuung

- Geschlecht: Frau Man egal
- Alter: 20-30 30-40 40-50
 älter als 50 egal
- Sprachkenntnisse: sehr gut gut kommunikativ
- Führerschein: ja, sehr wichtig egal

4. WOHSITUATION

- Rahmenbedingungen: Großstadt Kleinstadt Ländlich
- Wohnsituation: Mehrfamilienhaus
 Einfamilienhaus
 Wohnung

Ausstattung des Zimmers für den/die Mitarbeiter(-in):

- Bett/Schlafcouch: ja nein
- Schrank: ja nein
- Eigenes Bad: ja nein
- TV Gerät: ja nein
- Internetanschluss/Installation möglich: ja nein
- Telefonflatrate ins EU-Ausland: ja nein

Anmerkungen

- Haustiere: ja nein
- Haushaltshilfe vorhanden: ja nein

BEDARFSANALYSE

5. INFORMATIONEN ZUM ANSPRECHPARTNER

Anrede _____ Vorname _____ Nachname _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

E-Mail: _____ Telefonnummer _____

Mobiltelefon _____ Fax _____

Verwandschaftsgrad: _____

Angebot erhalten über: E-Mail Telefon Fax Brief

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet Prospekt Bekannte
 Zeitung Pflegestützpunkt

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Analyse verstanden und nach besten Wissen und Gewissen ausgefüllt habe. Ich erteile mein Einverständnis, dass die Firma **Mrago - pflege24** die in dieser Analyse enthaltenen, persönlichen Daten im Rahmen meiner Anfrage verwendet.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Ihre Angaben und Informationen werden von uns selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Auskunft!

BEDARFSANALYSE

6. GESUNDHEITZUSTAND DER WEITEREN ZU BETREUENDEN PERSON

Pflegegrad 0 1 2 3 4 5

Wie ist die Mobilität?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> rollstuhlfähig |
| <input type="checkbox"/> rollatorfähig | <input type="checkbox"/> bettlägerig |

Wie ist der Geisteszustand?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> teilnahmslos |
| <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> aggressiv |

Welche Krankheiten liegen vor?

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herz - Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Leidet die Person an ansteckenden Krankheiten?

- ja nein

Wenn ja, welche?

Charakterisieren Sie bitte die Grundpflege / Körperpflege:

- | | | | |
|-------------------|--|--|---|
| Körperpflege: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> Kompletts Hilfsbedürftig |
| Baden/Duschen: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> Kompletts Hilfsbedürftig |
| An-/Auskleiden: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> Kompletts Hilfsbedürftig |
| Essen/Trinken: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> Kompletts Hilfsbedürftig |
| Urinkontrolle: | <input type="checkbox"/> kontrolliert | <input type="checkbox"/> teilweise inkont. | <input type="checkbox"/> Inkontinent |
| Stuhlkontrolle: | <input type="checkbox"/> kontrolliert | <input type="checkbox"/> teilweise inkont. | <input type="checkbox"/> Inkontinent |
| Schluckstörungen: | <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> hat Störungen | <input type="checkbox"/> PEG Sonde |

- | | | |
|---------------------|---|---|
| Diät: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> ja, welche: |
| Ein-/Durchschlafen: | <input type="checkbox"/> keine Probleme | <input type="checkbox"/> Schlaf-/Wachrhythmus gestört |

Benötigt der Patient Hilfe in der Nacht?

- nie 1 mal 2-3 mal mehr als 3 mal

