

Bedarfsanalyse

Wunsch - Beginn des Einsatzes: Schnellstmöglich ab

Ansprechpartner für SP SeniorenPartner			
Name, Vorname			
Straße*			
PLZ, Ort*		Telefon*	
E-Mail		Fax-Nr	
Verwandschaftsverhältnis			
Angaben zur hilfebedürftigen Person			
Name, Vorname*		Alter*	
Straße*		Gewicht*	
PLZ, Ort*		Größe*	
Fax		Telefon*	
Leben noch andere hilfebedürftige Personen im Haushalt? <input type="checkbox"/> Ja, (bitte Zusatzfragebogen ausfüllen)			
Gründe für die benötigte Betreuung			
<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Desorientierung <input type="checkbox"/> Alzheimer/Demenz <input type="checkbox"/> Angstzustände <input type="checkbox"/> Einsamkeit <input type="checkbox"/> geistig behindert <input type="checkbox"/> Weglauftendenz <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Altersschwäche <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> geschwächt (KH-Aufenthalt) <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen <input type="checkbox"/> weitere Gründe:			
Hauptgrund für die benötigte Betreuung ist:			
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise (z.B. nachts) <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Stoma (Harnleiter) <input type="checkbox"/> Stoma (Darm)		
Wechseln der Einlagen o. Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> durch Betreuungsperson		
Körperliche Verfassung	<input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> mobil, mit Rollator oder Gehstock <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> wird eine kräftige Betreuungsperson benötigt?		
Mentale Verfassung	<input type="checkbox"/> Keine geistige Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderung mit... <input type="checkbox"/> Aggressivität <input type="checkbox"/> Apathie (Teilnahmslosigkeit) <input type="checkbox"/> starker Unruhe		

Kommunikationsfähigkeit	Sehen: <input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> erblindet Hören: <input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> gehörlos Sprechen: <input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> verstummt
Ansteckende Krankheiten oder Keime (z.B. MRSA / Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Ja, folgende <input type="checkbox"/> nein
Wird ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?	<input type="checkbox"/> Ja, Aufgaben <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> höher beantragt <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad

Gewünschte Grundversorgung			
Leichte pflegerische Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> Körperhygiene <input type="checkbox"/> Intimpflege <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Hilfe beim Toilettengang <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Nächtliche Betreuung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, gelegentlich <input type="checkbox"/> ja, jede Nacht <input type="checkbox"/> ja, mehrmals jede Nacht		
Haushaltstätigkeiten	<input type="checkbox"/> Kochen für Personen incl. Pflegekraft? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> mehr <input type="checkbox"/> Wohnfläche reinigen, wenn ja _____ qm? <input type="checkbox"/> Balkon und Blumenpflege <input type="checkbox"/> Waschen / Bügeln <input type="checkbox"/> Einkaufen <input type="checkbox"/> Haustiere versorgen, falls ja welche _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein		
Interessen und beliebte Beschäftigung der hilfebedürftigen Person	<input type="checkbox"/> Spazierengehen <input type="checkbox"/> Handarbeiten <input type="checkbox"/> Musik <input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Medizinische Leistungen (sog. Behandlungspflege) dürfen nicht ausgeführt und zum Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages werden.			
Erwartungen an die Betreuungsperson			
Geplante Einsatzdauer	<input type="checkbox"/> Unbefristet <input type="checkbox"/> Befristet _____ Monate		
Gewünscht wird	<input type="checkbox"/> eine Frau <input type="checkbox"/> ein Mann <input type="checkbox"/> egal <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Alter</td><td></td></tr></table>	Alter	
Alter			
Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/> Kategorie 1 Kann einfache, alltägliche Ausdrücke verstehen <input type="checkbox"/> Kategorie 2 Kann sich in bekannten Situationen in einfachen Worten verständigen <input type="checkbox"/> Kategorie 3 Kann klare Sprache verstehen und sich in einfachen Worten verständigen		
Darf die Betreuungsperson rauchen?	<input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> darf draußen Rauchen		
Unterbringung der Betreuungsperson			
Zimmer / Ausstattung	Zimmergröße _____ qm <input type="checkbox"/> sep. Bad <input type="checkbox"/> sep. WC <input type="checkbox"/> Fernseher <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Telefon		

Freizeitgestaltung	<p>In welcher Form kann der Betreuungsperson Freizeit ermöglicht werden?</p> <p><input type="checkbox"/> ein freier Tag pro Woche <input type="checkbox"/> zwei halbe freie Tage pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> mehrere Stunden pro Tag</p> <p>Anmerkung:</p> <p>Wer übernimmt die Betreuung, wenn die Betreuungsperson Freizeit hat?</p>
Abholung bei der Anreise	<p>Ist eine Abholung der Betreuungsperson möglich?</p> <p>(Bitte beachten, dass die Anreise nur bis zum nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) in der Reisekostenbeteiligung inbegriffen ist.)</p> <p><input type="checkbox"/> Abholung persönlich vom nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Abholung durch Dritte (Bekannte oder Taxi) vom nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Abholung möglich</p> <p>Anmerkung:</p>
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	
<p><input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung</p> <p><input type="checkbox"/> Arzt / Therapeut <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Internet</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>	
Anmerkungen zur Betreuungssituation:	
<p>Hinweise zum Datenschutz:</p> <p><input type="checkbox"/> Hiermit willige ich der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch SP SeniorenPartner GmbH & Co.KG ein. Die Daten werden ausschließlich zu Zwecken der Beantwortung meiner Anfrage verwendet und gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verarbeitet. Der Anspruch auf Löschung meiner personenbezogenen Daten ergibt sich aus dem geltenden Datenschutzgesetz. Meine Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft per E-Mail info@seniorenpartner24.de widerrufen. Ausführliche Informationen zum Umgang mit Nutzerdaten sind in unserer Datenschutzerklärung: https://www.seniorenpartner24.de/impressum zu finden.</p> <p>Zur Versendung der Bedarfsanalyse muss diese Angabe bestätigt werden.</p> <p>Mit Ihrer Unterschrift und / oder Übermittlung der Bedarfsanalyse bestätigen Sie, dass die Angaben wahrheitsgemäß sind und dass Sie die Einwilligung der weiteren Personen besitzen deren personenbezogene Daten neben Ihren eigenen hier einzugeben.</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Datum und Unterschrift</p>	

Zusatzbedarfsanalyse

Bitte nur ausfüllen bei einer zweiten hilfebedürftigen Person

Angaben zur hilfebedürftigen Person			
Name, Vorname*		Alter*	
Straße*		Gewicht*	
PLZ, Ort*		Größe*	
Fax		Telefon*	
Gründe für die benötigte Betreuung			
<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Desorientierung <input type="checkbox"/> Alzheimer/Demenz <input type="checkbox"/> Angstzustände <input type="checkbox"/> Einsamkeit <input type="checkbox"/> geistig behindert <input type="checkbox"/> Weglauftendenz <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Altersschwäche <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> geschwächt (KH-Aufenthalt) <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen <input type="checkbox"/> weitere Gründe :			
Hauptgrund für die benötigte Betreuung ist:			
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise (z.B. nachts) <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Stoma (Harnleiter) <input type="checkbox"/> Stoma (Darm)		
Wechseln der Einlagen o. Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> durch Betreuungsperson		
Körperliche Verfassung	<input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> mobil, mit Rollator oder Gehstock <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> wird eine kräftige Betreuungsperson benötigt?		
Mentale Verfassung	<input type="checkbox"/> Keine geistige Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderung mit... <input type="checkbox"/> Aggressivität <input type="checkbox"/> Apathie (Teilnahmslosigkeit) <input type="checkbox"/> starker Unruhe		
Kommunikationsfähigkeit	Sehen <input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> erblindet Hören <input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> gehörlos Sprechen <input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> verstummt		
Ansteckende Krankheiten oder Keime (z.B. MRSA / Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Ja, folgende <input type="checkbox"/> nein		
Wird ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?	<input type="checkbox"/> Ja, Aufgaben <input type="checkbox"/> nein		
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> höher beantragt <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad		

Gewünschte Grundversorgung

Leichte pflegerische Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> Körperhygiene <input type="checkbox"/> Intimpflege <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Hilfe beim Toilettengang <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Nächtliche Betreuung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, gelegentlich <input type="checkbox"/> ja, jede Nacht <input type="checkbox"/> ja, mehrmals jede Nacht
Interessen und beliebte Beschäftigung der hilfebedürftigen Person	<input type="checkbox"/> Spaziergehen <input type="checkbox"/> Handarbeiten <input type="checkbox"/> Musik <input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Medizinische Leistungen (sog. Behandlungspflege) dürfen nicht ausgeführt und zum Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages werden.	
Anmerkungen zur Betreuungssituation:	