

Erhebungsbogen für die Bedarfsanalyse

Bevorzugter Betreuungsbeginn : Schnellstmöglich ab

Ansprechpartner für SP SeniorenPartner			
Name, Vorname	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Straße*	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
PLZ, Ort *	<input style="width: 60%;" type="text"/>	Telefon*	<input style="width: 30%;" type="text"/>
E-Mail	<input style="width: 60%;" type="text"/>	Fax-Nr	<input style="width: 30%;" type="text"/>
Verwandschaftsgrad	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt		
Angaben zur ersten hilfsbedürftigen Person			
Name, Vorname	<input style="width: 60%;" type="text"/>	Alter*	<input style="width: 30%;" type="text"/>
Straße*	<input style="width: 60%;" type="text"/>	Gewicht*	<input style="width: 30%;" type="text"/>
PLZ, Ort *	<input style="width: 60%;" type="text"/>	Größe*	<input style="width: 30%;" type="text"/>
Fax	<input style="width: 60%;" type="text"/>	Telefon*	<input style="width: 30%;" type="text"/>
Hausarzt	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
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		
<b style="color: red;">Leben noch andere hilfsbedürftige Personen im Haushalt? <input type="checkbox"/> Ja, (bitte Zusatzfragebogen ausfüllen)			
Diagnosen und Gründe für die benötigte Betreuung			
<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Parkinsons <input type="checkbox"/> Desorientierung <input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer <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: <input style="width: 500px;" type="text"/>			
Risikofaktoren	<input type="checkbox"/> Wunden <input type="checkbox"/> Hauterkrankung: <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Allergien: <input style="width: 100px;" type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten: <input style="width: 150px;" type="text"/>		

Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Kau- u. Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> Sonstiges : <input type="text"/>
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Stoma (Harnleiter)	<input type="checkbox"/> teilweise (z.B. Nachts) <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stoma (Darm)	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Stuhl
Wechsel der Einlagen o. Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> durch Betreuungsperson	

Mobilität			
Hinlegen & Aufstehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
Hinsetzen & Aufstehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
Stehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
Gehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
Umgang mit Gehhilfen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
Umgang mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
Umsetzen (Transfer)	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
Umlagern im Bett	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zum Teil
Ist die hilfsbedürftige Person Sturzgefährdet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Mentale Verfassung	<input type="checkbox"/> keine geistige Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> gestörter Tag/-Nacht Rhythmus <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderung in Form von : <input type="checkbox"/> Apathie (Teilnahmslosigkeit) <input type="checkbox"/> starker Unruhe <input type="checkbox"/> Aggressivität - <input type="checkbox"/> ggü. sich selbst <input type="checkbox"/> ggü. anderen <input type="checkbox"/> ggü. Gegenständen		
Orientierungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> situativ	<input type="checkbox"/> räumlich <input type="checkbox"/> zur eigenen Person	<input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> zu anderen Personen
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"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: <input type="text"/>		
Wird ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aufgaben : <input type="text"/>		

Gewünschte Grundversorgung	
Aufgaben der Betreuungsperson	<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> hilfe beim Toilettengang <input type="checkbox"/> Intimpflege <input type="checkbox"/> Körperhygiene <input type="checkbox"/> hilfe bei der Nahrungsaufnahme/- beim Trinken <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/> waschen <input type="checkbox"/> baden/duschen <input type="checkbox"/> Mundpflege <input type="checkbox"/> Zahnprothesenpflege <input type="checkbox"/> Haarpflege <input type="checkbox"/> Rasur
<u>Nächtliche Betreuung</u>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gelegentlich <input type="checkbox"/> ja, jede Nacht <input type="checkbox"/> ja, mehrmals jede Nacht
Medizinische Leistungen (sog. Behandlungspflege) dürfen nicht ausgeführt und zum Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages werden.	

Interessen und beliebte Beschäftigungen der hilfsbedürftigen Person	<input type="checkbox"/> Spaziergehen <input type="checkbox"/> Handarbeiten <input type="checkbox"/> Musik <input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> Lesen <input type="checkbox"/> kontaktfreudig <input type="checkbox"/> Sonstiges : <input type="text"/>
Hauhaltstätigkeiten	<input type="checkbox"/> Kochen für Personen inkl. Pflegekraft? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> mehr <input type="checkbox"/> Wohnfläche reinigen, wenn ja <input type="text"/> qm <input type="checkbox"/> Einkaufen <input type="checkbox"/> Balkon und Blumenpflege <input type="checkbox"/> Waschen/Bügeln <input type="checkbox"/> Haustiere : <input type="text"/> Versorgung nötig ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Technische Hilfsmittel im Haushalt	<input type="checkbox"/> Waschmaschine <input type="checkbox"/> Wäschetrockner <input type="checkbox"/> Geschirrspülmaschine <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/>

Erwartungen an die Betreuungsperson	
Geplante Einsatzdauer	<input type="checkbox"/> Unbefristet <input type="checkbox"/> Befristet <input type="text"/> Monate
Gewünscht wird	<input type="checkbox"/> weibliche Person <input type="checkbox"/> männliche Person <input type="checkbox"/> egal Alter : <input type="text"/>
Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/> Kategorie 1 – Kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen <input type="checkbox"/> Kategorie 2 – Kann sich in vertrauten Situationen in einfachen Worten verständigen <input type="checkbox"/> Kategorie 3 – Kann die Sprache klar verstehen und sich in einfachen Worten verständigen
Darf die Betreuungspers. rauchen?	<input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> ja, darf draußen rauchen
Ist ein Führerschein erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Unterbringung der Betreuungsperson	
Wie wohnt die hilfsbedürftige Person?	<input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>
Zimmer / Ausstattung	Zimmergröße <input type="text"/> qm <input type="checkbox"/> sep. Bad <input type="checkbox"/> sep. WC <input type="checkbox"/> Fernseher <input type="checkbox"/> Telefon
Internetzugang	<input type="checkbox"/> ja, bereits vorhanden <input type="checkbox"/> ja, wird noch bereitgestellt <input type="checkbox"/> nicht möglich

Wie sind sie auf uns Aufmerksam geworden ?

- Ambulanter Pflegedienst Beratungsstelle Arzt/ Therapeut Krankenhaus
 Internet Persönliche Empfehlung durch
 Sonstiges :

Hinweise zum Datenschutz:

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 unter <https://www.seniorenpartner24.de/impressum> in unserer Datenschutzerklärung zu finden. Zur Versendung der Bedarfsanalyse muss diese Angabe bestätigt werden.

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.

Datum und Unterschrift

Zusatzbedarfsanalyse

Angaben zur zweiten hilfsbedürftigen Person			
Name, Vorname	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Alter*	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Straße*	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Gewicht*	<input style="width: 95%;" type="text"/>
PLZ, Ort *	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Größe*	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Fax	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Telefon*	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Hausarzt	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt		
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		
Diagnosen und Gründe für die benötigte Betreuung			
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Schlaganfall</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Parkinsons</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Desorientierung</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Angstzustände</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Einsamkeit</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> geistig behindert</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Weglauftendenz</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Krebs</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Unfall</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Diabetes</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Altersschwäche</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Amputation</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Depression</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Herzerkrankungen</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> geschwächt (KH- Aufenthalt)</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen</div> </div> <p><input type="checkbox"/> weitere Gründe: <input style="width: 60%;" type="text"/></p>			
Risikofaktoren	<input type="checkbox"/> Wunden <input type="checkbox"/> Hauterkrankung <input style="width: 30%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Allergien <input style="width: 30%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten		
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Kau- u. Schluckstörungen <input type="checkbox"/> Sonstiges : <input style="width: 40%;" type="text"/>		
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise (z.B. Nachts) <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Stoma (Harnleiter) <input type="checkbox"/> Stoma (Darm)		
Wechsel der Einlagen o. Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> durch Betreuungsperson		
Mobilität			
Hinlegen & Aufstehen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme		
Hinsetzen & Aufstehen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme		
Stehen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme		
Gehen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme		
Umgang mit Gehhilfen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme		

Umgang mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
Umsetzen (Transfer)	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
Umlagern im Bett	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zum Teil
Ist die hilfsbedürftige Person Sturzgefährdet?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein

Mentale Verfassung	<input type="checkbox"/> keine geistige Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> gestörter Tag/-Nacht Rhythmus <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderung in Form von : <input type="checkbox"/> Apathie (Teilnahlosigkeit) <input type="checkbox"/> starker Unruhe <input type="checkbox"/> Aggressivität - <input type="checkbox"/> ggü. sich selbst <input type="checkbox"/> ggü. anderen <input type="checkbox"/> ggü. Gegenständen		
Orientierungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> situativ	<input type="checkbox"/> räumlich <input type="checkbox"/> zur eigenen Person	<input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> zu anderen Personen
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"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
Wird ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Aufgaben : <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		

Gewünschte Grundversorgung

Körperpflege	<input type="checkbox"/> waschen <input type="checkbox"/> baden/duschen <input type="checkbox"/> Mundpflege <input type="checkbox"/> Zahnprothesenpflege <input type="checkbox"/> Haarpflege <input type="checkbox"/> Rasur
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 Beschäftigungen der hilfsbedürftigen Person	<input type="checkbox"/> Spaziergehen <input type="checkbox"/> Handarbeiten <input type="checkbox"/> Musik <input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> Lesen <input type="checkbox"/> kontaktfreudig <input type="checkbox"/> Sonstiges : <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

Medizinische Leistungen (sog. Behandlungspflege) dürfen nicht ausgeführt und zum Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages werden.

Anmerkungen zur Betreuungssituation: