



Bedarfsanalyse zur Dienstleistung / Betreuung

Bitte unbedingt gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!

Angaben zur 1. hilfsbedürftigen Person:

Familie/ Frau/Herr: _____
Vorname _____ Name _____

Adresse: _____ Wohnung _____ Etage Haus
Straße

PLZ _____ Ort _____ ca. _____
Einwohnerzahl

Nächste größere Stadt: _____

Telefon: _____ Fax: _____
Vorwahl Nummer Vorwahl Nummer

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Raucher: ja nein

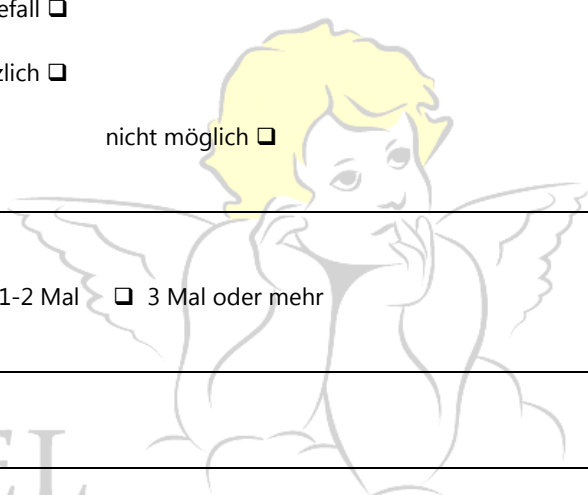
Pflegestufe: keine 1 2 3 Härtefall

Pflegeversicherung: privat gesetzlich

Kommunikation: gut eingeschränkt nicht möglich

Hilfsmittel vorhanden? Ja welche? _____
 Nein

Regelmäßige nächtliche Hilfe? Nein Ja 1-2 Mal 3 Mal oder mehr



1 _____

Andere Familienmitglieder im Haushalt:

Braucht auch ein anderes Familienmitglied Hilfe? ja nein

Frau/Herr: _____
Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Raucher: ja nein

Pflegestufe: keine 1 2 3 Härtefall

Pflegeversicherung: privat gesetzlich

Kommunikation: gut eingeschränkt nicht möglich

Hilfsmittel vorhanden? Ja welche? _____
 Nein

Regelmäßige nächtliche Hilfe? Nein Ja 1-2 Mal 3 Mal oder mehr

Art und Umfang: _____



Angaben zur 1. hilfsbedürftigen Person:

Reaktivierende Maßnahmen (inkl. Planung und Organisation)

	erforderlich	nicht erforderlich
Spazieren gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: _____

Tages- und Wochenabläufe (inkl. Planung und Organisation)

	erforderlich	nicht erforderlich
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Stehen/Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufen Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen : _____

Hauswirtschaftliche Grundversorgung (inkl. Planung und Organisation)

	erforderlich	nicht erforderlich
Reinigung Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigung Wäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gartenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung Haustiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: _____

Welche ansteckenden Krankheiten liegen vor:

Krankheiten / Diagnosen:

Allergien:

Einschränkungen:

Besonderheiten im Umgang:

Beliebte Beschäftigung:

Weiterhin zusätzliche Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst?

Nein

Ja

Wenn Ja, welcher:

Wenn Ja, Häufigkeit des Besuchs (pro Tag/Woche):

Wenn Ja, Versorgung welcher Art:



Angaben zur 2. hilfsbedürftigen Person:

Reaktivierende Maßnahmen (inkl. Planung und Organisation)

	erforderlich	nicht erforderlich
Spazieren gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: _____

Tages- und Wochenabläufe (inkl. Planung und Organisation)

	erforderlich	nicht erforderlich
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Stehen/Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufen Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen : _____

Hauswirtschaftliche Grundversorgung (inkl. Planung und Organisation)

	erforderlich	nicht erforderlich
Reinigung Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigung Wäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gartenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung Haustiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: _____

Welche ansteckenden Krankheiten liegen vor:

Krankheiten / Diagnosen:

Allergien:

Einschränkungen:

Besonderheiten im Umgang:

Beliebte Beschäftigung:

Weiterhin zusätzliche Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst?

Nein

Ja

Wenn Ja, welcher:

Wenn Ja, Häufigkeit des Besuchs (pro Tag/Woche):

Wenn Ja, Versorgung welcher Art:



Angaben zu anderen Verwandten, zweite Kontaktperson, Notfallkontakt:

Familie/ Frau/Herr Vorname Name

Adresse: Straße
 PLZ Ort

Telefon priv.: Vorwahl Nummer Telefon dienst.: Vorwahl Nummer

Handy: Vorwahl Nummer email:

Beziehung zur hilfsbedürftigen Person (Tochter, Sohn, Enkel, usw.):

Anforderungen an die Betreuung:

Die Betreuungsperson sollte sein: weiblich männlich

Wie alt soll der (die) Betreuer(in) ungefähr sein? ca. Jahre

Der Besitz eines Führerscheines ist notwendig: ja nein

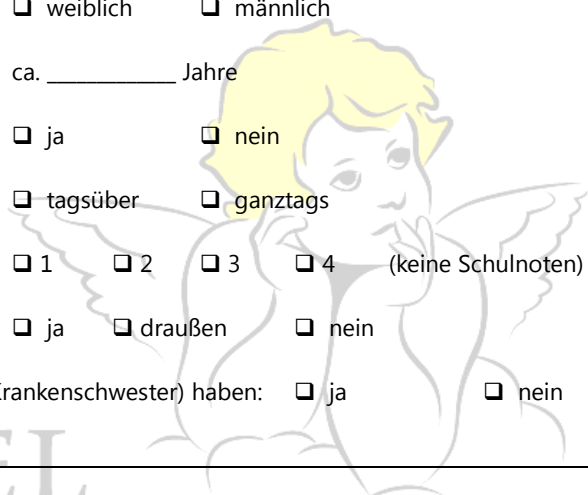
Die Betreuungsperson wird gebraucht: tagsüber ganztags

Die notwendigen Deutschkenntnisse der Betreuungsperson: 1 2 3 4 (keine Schulnoten)

Die Person darf rauchen: ja draußen nein

Die Betreuungsperson soll medizinische Ausbildung (z.B. als Krankenschwester) haben: ja nein

Weitere Anforderungen?



Hilfe wird benötigt ab: Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: bis zu 1 Monat
 bis zu 3 Monate
 auf unbestimmte Zeit

Wer wird Vertragspartner?

Wer wird postalischer Vertragsempfänger?

Wer wird postalischer Rechnungsempfänger?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet
 Empfehlung durch:
 Zeitung (welche?)
 Fernsehbericht (welcher?)
 Sonstiges