

## Bedarfserfassungsbogen

### I. ANGABEN ZUR KONTAKTPERSON

ANREDE	<input type="text"/>		
NAME	<input type="text"/>	VORNAME	<input type="text"/>
STRASSE	<input type="text"/>	NUMMER	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	ORT	<input type="text"/>
FESTNETZ	<input type="text"/>	MOBIL	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
VERWANDTSCHAFTSGRAD ZUR BETREUENDEN PERSON	<input type="text"/>		

### II. ANGABEN ZUR BETREUENDEN PERSON

ANREDE	<input type="text"/>		
NAME	<input type="text"/>	VORNAME	<input type="text"/>
STRASSE	<input type="text"/>	NUMMER	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	ORT	<input type="text"/>
FESTNETZ	<input type="text"/>	MOBIL	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
GEBURTSDATUM	<input type="text"/>	GRÖSSE (cm)	<input type="text"/>
		GEWICHT (kg)	<input type="text"/>
WOHNT DIE ZU BETREUENDE PERSON ALLEIN	<input type="text"/>		
WOHNT ZUSAMMEN MIT	<input type="text"/>		
DIE ZU BETREUENDE PERSON WOHNT IN	<input type="checkbox"/> Haus	<input type="checkbox"/> Wohnung	
WENN IN WOHNUNG, WELCHES OG	<input type="text"/>		
IST EIN AUFZUG VORHANDEN	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
IST EIN GARTEN VORHANDEN	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
SIND HAUSTIERE VORHANDEN	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
WENN JA, WELCHE (MIT ANZAHL)	<input type="text"/>		

## III. ERKRANKUNGEN DES KÖRPERS UND GEISTES

AKTUELLER PFLEGEGRAD  kein  1  2  3  4  5

PFLEGEGRAD BEANTRAGT  nein  1  2  3  4  5

WELCHE KRANKHEITSBILDER SIND BEKANNT

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien                  | <input type="checkbox"/> Dermatitis                  | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen    |
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Depression                  | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose    |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                  | <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Osteoporose          |
| <input type="checkbox"/> Asthma                     | <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> Parkinson            |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle      | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                 | <input type="checkbox"/> Rheuma               |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus                  | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz            | <input type="checkbox"/> Schlaganfall rechts  |
| <input type="checkbox"/> Demenz leicht              | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung         | <input type="checkbox"/> Schlaganfall links   |
| <input type="checkbox"/> Demenz mittel              | <input type="checkbox"/> Hypertonie                  | <input type="checkbox"/> Stoma (Anus praeter) |
| <input type="checkbox"/> Demenz schwer              | <input type="checkbox"/> Inkontinenz                 | <input type="checkbox"/> Tumor                |

LIEGEN SONSTIGE DIAGNOSEN VOR  nein  ja

WENN JA, WELCHE

LIEGT EINE ANSTECKENDE KRANKHEIT VOR  nein  ja

WENN JA, WELCHE

IST DIE ZU BETREUENDE PERSON RAUCHER  nein  ja

BESTEHT MEDIKAMENTENPFLICHT  nein  ja

BESTEHT EIN PALLIATIV STADIUM  nein  ja

LIEGT EINE PATIENTENVERFÜGUNG VOR  nein  ja

ERFOLGT EINE VERSORGUNG DURCH DEN PFLEGEDIENST  nein  ja

WENN JA, SOLL DER AMBULANTE PFLEGEDIENST AUCH WEITERHIN IN ANSPRUCH GENOMMEN WERDEN  nein  ja

WENN JA, WIE OFT TÄGLICH

WELCHE TÄTIGKEITEN LEISTET DER AMBULANTE PFLEGEDIENST

ANSPRECHPARTNER PFLEGEDIENST

## IV. KÖRPERLICHE EINSCHRÄNKUNGEN

WELCHE EINSCHRÄNKUNGEN SIND BEKANTT

	keine	mäßige	massive	Anmerkungen
<u>KOMMUNIKATION</u>				
HÖREN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SEHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SPRECHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>ORIENTIERUNG</u>				
PERSÖNLICH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ÖRTLICH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ZEITLICH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SITUATIVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>MOBILITÄT</u>				
GEHVERMÖGEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
STEHVERMÖGEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TREPPENSTEIGEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRANSFER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>ERNÄHRUNG</u>				
NAHRUNG AUFNEHMEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRINKVERHALTEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
KAUEN UND SCHLUCKEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>KÖRPERPFLEGE</u>				
GESICHTSPFLEGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MUNDPFLEGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RASIEREN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OBERKÖRPER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
UNTERKÖRPER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BADEN/DUSCHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FUSSPFLEGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HARNINKONTINENZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
STUHLINKONTINENZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>SICH KLEIDEN</u>				
ANKLEIDEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENTKLEIDEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SCHUHE ANZIEHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



## CHARAKTEREIGENSCHAFTEN UND GEMÜTSZUSTAND

- |                                     |  |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aktiv      | <input type="checkbox"/> Depressiv     | <input type="checkbox"/> Euphorisch | <input type="checkbox"/> Gereizt    | <input type="checkbox"/> Launisch        |
| <input type="checkbox"/> Ängstlich  | <input type="checkbox"/> Distanziert   | <input type="checkbox"/> Fordernd   | <input type="checkbox"/> Gesprächig | <input type="checkbox"/> Leicht erregbar |
| <input type="checkbox"/> Bestimmend | <input type="checkbox"/> Durcheinander | <input type="checkbox"/> Freundlich | <input type="checkbox"/> Kritisch   | <input type="checkbox"/> Misstrauisch    |
| <input type="checkbox"/> Cholerisch | <input type="checkbox"/> Dominant      | <input type="checkbox"/> Fröhlich   | <input type="checkbox"/> Labil      | <input type="checkbox"/> Ruhig           |

ANMERKUNGEN

## LIEBLINGSBESCHÄFTIGUNGEN, HOBBYS UND RITUALE

- |                                    |  |                                      |   |                                       |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausgehen  | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele | <input type="checkbox"/> Kochen      | <input type="checkbox"/> Musik spielen  | <input type="checkbox"/> Spaziergänge |
| <input type="checkbox"/> Fernsehen | <input type="checkbox"/> Gymnastik           | <input type="checkbox"/> Lesen       | <input type="checkbox"/> Ordnung halten | <input type="checkbox"/> Stricken     |
| <input type="checkbox"/> Garten    | <input type="checkbox"/> Haustiere           | <input type="checkbox"/> Musik hören | <input type="checkbox"/> Singen         | <input type="checkbox"/> Unterhaltung |

ANMERKUNGEN

## V. ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUUNGSKRAFT

- DAUER DES EINSATZES  1 - 2 Monate  3 - 6 Monate  dauerhaft
- BEGINN DES EINSATZES
- GESCHLECHT  Frau  Mann  nicht relevant
- ALTER  20 - 30 Jahre  30 - 40 Jahre  40 - 50 Jahre  > 50 Jahre
- FÜHRERSCHEIN  nein  ja  nicht relevant
- QUALIFIKATION  Diplomierte Fachkraft, Krankenpfleger(in) oder vergleichbarer Beruf\*  
(\* Medizinische Leistungen dürfen nicht erbracht werden)  
 Betreuer(in) / Hauswirtschaftskraft mit Erfahrung in der Betreuung pflegebedürftiger Menschen
- SPRACHKENNTNISSE  Grundkenntnisse (versteh einfache Anweisungen, erst nach einiger Übung vor Ort werden alltägliche Sätze gelernt und verstanden, kann sich nur begrenzt ausdrücken)  
 Mittlere Kenntnisse ( einfache Unterhaltung, Alltagskommunikation, kann sich hierzu ausdrücken, viele grammatikalische Fehler)  
 Gute Kenntnisse (versteh fast alles und kann sich gut ausdrücken, teilweise mit Akzent und grammatikalischen Fehlern)
- RAUCHER(IN)  Nichtraucher(in)  Rauchen nur draußen  nicht relevant

## GEWÜNSCHTE BETREUUNGSTÄTIGKEITEN UND HAUSARBEITEN

- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arztbesuche | <input type="checkbox"/> Haustierversorgung | <input type="checkbox"/> Körperpflege     |
| <input type="checkbox"/> Bügeln      | <input type="checkbox"/> Hobbys nachgehen   | <input type="checkbox"/> Reinigung/Putzen |
| <input type="checkbox"/> Einkaufen   | <input type="checkbox"/> Kochen             | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen   |

SONSTIGE ERWARTUNGEN AN DIE BETREUUNGSKRAFT

## VI. RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT

LAGE  Ländlich  Dorf  Stadt  Großstadt

EINKAUFSMÖGLICHKEITEN (ZU FUß)  10 min  20 min  30 min  40 min

- Geschäfte sind gut zu Fuß zu erreichen
- Betreuer(in) kann mit dem Fahrrad fahren
- Betreuer(in) kann mit dem Auto fahren
- Betreuer(in) kann mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren
- Betreuer(in) fährt im Auto mit Betreuten als Fahrer
- Betreuer(in) fährt im Auto mit Familienmitgliedern
- Einkäufe werden regelmäßig eingekauft und geliefert von:

WOHNSITUATION  Wohnung  Haus  Mehrfamilienhaus

UNTERKUNFT DER BETREUUNGSKRAFT  Zimmer qm:

Wohnung qm

AUSSTATTUNG DES ZIMMERS

- eigenes Badezimmer  gemeinsames Badezimmer
- eigene Toilette  gemeinsame Toilette
- Bett  Zimmerfenster
- Kleiderschrank  Computer
- Tisch  TV Anlage
- Radio  DVD Anlage

INTERNETZUGANG  WiFi  Stick  Kabel  wird installiert  keine Möglichkeit

TELEFONZUGANG  Telefon ist vorhanden

Telefon ist nicht vorhanden

Mitbenutzung des Telefons ist möglich

Mitbenutzung des Telefons ist nicht möglich

TELEFON FLATRATE INS AUSLAND

nein

ja

wird beantragt

FAHRRAD FÜR BETREUUNGSKRAFT

nein

ja

wird organisiert

WEITERE INFORMATIONEN ZUR UNTERKUNFT

  

WIE IST DIE FREIZEIT DER BETREUUNGSKRAFT GEREGLT

  

WER ÜBERNIMMT IN DIESER ZEIT DIE BETREUUNG

ANSPRECHPARTNER FÜR BETREUUNGSKRAFT VOR ORT

## VII. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die MDH-Pflegeagentur die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet und an die ausländischen Kooperationspartner weitergibt, sofern dies zur Bearbeitung der Anfrage erforderlich ist. Die Weitergabe der Daten wird für die Personalsuche und die Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für die Betreuungsleistungen und zum Zweck der Vorbereitung und Realisierung des Vertrages über die Erbringung von Betreuungsleistungen benötigt. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, einzusehen unter: [www.mdh-pflegeagentur.de/datenschutzerklaerung](http://www.mdh-pflegeagentur.de/datenschutzerklaerung). Ich erkläre mich mit der Zusendung von Angeboten per Post, E-Mail und der telefonischen Beratung einverstanden.

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass ich die Möglichkeit habe, die erteilte Einwilligung per E-Mail unter der Adresse: [datenschutz@mdh-pflegeagentur.de](mailto:datenschutz@mdh-pflegeagentur.de) oder telefonisch unter der Nummer 0049 6321 4807 931 jederzeit zu widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung und Erfüllung von Marketingaufgaben, die aufgrund der Einwilligung bis zu Ihrem Widerruf erfolgte.

Zum Schluss bedanken wir uns für Ihre Zeit und Ihre Anfrage und freuen uns auf einen Hinweis, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind.

### EMPFEHLUNG DURCH

Pflegedienst                       Arzt                       Freunde/Bekannte                       sonstige

### WERBUNG

Internet                       Zeitung                       Außenwerbung                       sonstige

Ort, Datum

Unterschrift (Vor- und Nachname)