

Bedarfsanalyse

I. Allgemeine Angaben

**Name/n des
Patienten:**

**Vorname/n des
Patienten:**

Geburtsdatum:

Adresse:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnumer Haus:

Telefonnumer Mobil:

**Name/n der
Kontaktperson:**

**Vorname/n der
Kontaktperson:**

Geburtsdatum:

Adresse:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnumer Haus:

Telefonnumer Mobil:

Telefonnumer Arbeit:

E-Mail-Adresse:

**Verwandschaftsgrad
mit dem Patienten:**

Persönliche Daten:

Gewicht:

Größe:

Zahl der Personen im Haushalt:

Diagnosen/Krankheitsbild:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Demenzbeginn | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinplf. |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Incontinent | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | | | |

Pflegestufe:

Keine:

Falls ja, welche:

 1. 2. 3.

Beantragt:

 1. 2. 3.

Versorgung durch Pflegedienst:

Erfolgt z. Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst:

 ja nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden:

 ja nein

Probleme in der Kommunikation:

- | | | | |
|--------------|--------------------------------|---------------------------------|---|
| Sprache: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörvermögen: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Sehkraft: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörgerät: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Brille: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Orientierung:

- | | | | |
|-------------|-----------------------------|------------------------------------|---|
| Zeitlich: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Örtlich: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Persönlich: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive Probleme |

Bewegung:

selbstständig mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Hilfsmittel:

Treppensteigen:

selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Hilfsmittel:

Transfer Bett / Rollstuhl:

selbstständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig / kein

Hilfsmittel vorhanden:

Pflegebett Lift Dekubitusmatratze Rollstuhl Rollator

Baden / Duschen:

selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

Körperpflege:

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	vollständig Unterstützung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen / waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Urinkontrolle:

Kontinent teilweise Inkontinenz (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

Windeln Vorlagen Urinflasche Katheter
 suprapubischer Katheter

Stuhlkontrolle:

- Kontinent teilweise Inkontinenz (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

An- / Auskleiden:

- selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Essen / Trinken:

- selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen:

- keine Störungen PEG Sonde
 Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät:

- keine falls ja, welche:

Ein- / Durchschlafen:

- keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-wach-Rhythmus gestört

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf:

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

Bekommt Schlafmittel: ja nein

Aktuelle Therapien:

- Keine Krankengymnastik Logopädie

sonstige:

Bitte beschreiben Sie das Wesen und den Charakter des Patienten:

Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

1. Anforderungen an das Personal:

Geschlecht:

- Frau Mann irrelevant

Alter (in Jahren):

- 20 – 30 30 - 40 40 – 50 älter als 50 irrelevant

Sprachkenntnisse:

- 1 (sehr gut) 2 (gut) 3 (befriedigend) 4 (ausreichend) 5 (schwach)

Führerschein:

- ja, mit Fahrpraxis nein

Gewünschte Ankunftszeit der Betreuungskraft:

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an unsere Mitarbeiter / -innen?

2. Rahmenbedingungen:

Lage:

- Großstadt - zentral Großstadt – abgelegen Kleinstadt Dorf

Wohnsituation:

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

- ca. 10 min. ca. 20 min. ca. 40 min.

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

- eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV
 Computer Internetzugang

3. Zusätzliche Voraussetzungen:

Haustiere:

- keine wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden:

- ja nein

Einkäufe / Kochen / Essensvorbereitung:

immer nein

Liebblingslebensmittel und -getränke:

Waschen:

immer nein

Bügeln:

immer nein

Begleitung bei Arztbesuchen:

immer nein

Gibt es eine Haushaltshilfe:

nein falls ja, wie oft kommt diese in der Woche:

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt:

III. Tagesablauf

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift