

## Bedarfsanalyse

Wie können wir Sie erreichen?

Bitte hier unbedingt die Handynummer angeben, da Sie einen Tag vor Anreise eine SMS mit der ungefähren Ankunftszeit Ihrer Betreuungskraft erhalten:

Handynummer:

Festnetznummer:

Bitte unbedingt eine E-Mail-Adresse angeben, da diese für zukünftige Korrespondenz benötigt wird!

### Angaben zur Kontaktperson:

Anrede:

Name:

Vorname:

Postleitzahl:

Wohnort:

Straße, Hausnummer:

Bundesland:

Verwandtschaftsgrad:

Startdatum (mindestens 4 Wochen)

noch nicht bekannt:

**Angaben der zu betreuenden Person:**

Die zu betreuende Person und der Auftraggeber sind die selbe Person

Ja

Nein

Anrede:

Telefonnummer:

Vorname:

Nachname:

Postleitzahl

Wohnort

Straße, Hausnummer

Bundesland:

Geburtsdatum:

Pflegegrad:

**Allgemeine Informationen:**

Umgebung:

Dorf

Stadt

Markt

Unterkunft:

alleiniges  
Haus

alleinige  
Wohnung

Wohnung im  
Haus der Angehörigen

Größe Wohnung / Haus:

ca. Quadratmeter

Zimmerausstattung:

eigene Wohnung für Betreuungskraft:

eigenes Zimmer:

WLAN/Internet:

Fernseher:

eigenes Bad

gemeinsames Bad

Haustiere

nein

ja

welche und wie viele

**Allgemeinzustand der zu betreuenden Person:**

Körpergröße (cm)

Gewicht (kg)

**Bewusstseinslage:**

geistig fit

verwirrt

leicht

Demenz  
mittel

schwer

**Krankheitsbilder:**

altersbedingte  
Gehschwäche

Asthma

Alzheimer

chronische  
Durchfälle

Dekubitus

(offene Wunde)

Depressionen

Diabetes

Diabetes  
insulinpflich-  
tig

Herzinfarkt

Herzinsuffi-  
zienz

Hypertonie

Inkontinenz

Multiple  
Sklerose

Osteoporose

Parkinson

Rheuma

Schlaganfall  
rechts

links

Stoma

Krebs

Art

Hat die zutretende Person ansteckende Krankheiten?

Nein

Ja

Welche?

Allergien?

Nein

Ja

Welche?

Aggressionen?

Nein

Ja

**Hören:**

unein-  
geschränkt

teilweise  
eingeschränkt

stark  
eingeschränkt

taub

**Sehen:**

unein-  
geschränkt

teilweise  
eingeschränkt

stark  
eingeschränkt

blind

**Sprechen:**

unein-  
geschränkt

teilweise  
eingeschränkt

stark  
eingeschränkt

stumm

**Bewegung:**

**Gehen:**

selbstständig

kann mit Unter-  
stützung gehen

kann gar  
nicht gehen

bettlägerig

**Aufstehen:**

selbstständig

kann mit Unter-  
stützung aufstehen

kann gar  
nicht aufstehen

bettlägerig

**Stehen:**

selbstständig

kann mit Unter-  
stützung stehen

kann gar  
nicht stehen

bettlägerig

**Welche Hilfsmittel stehen zur Verfügung?**

Antidekubi-  
tusmatratze

Badewan-  
nenlift

Dusch-  
sitz

Hebe-  
lifter

Leibstuhl

Pflegebett

Rollator

Rollstuhl

Stock

Treppen-  
steiger

**Hygiene:**

**Körperpflege:**

braucht  
keine Unter-  
stützung

braucht teil-  
weise Unter-  
stützung

braucht  
immer Unter-  
stützung

**An- und Auskleiden:**

braucht  
keine Unter-  
stützung

braucht teil-  
weise Unter-  
stützung

braucht  
immer Unter-  
stützung

**Essen und Trinken:**

**Essen:**

kann selber  
essen

kann teilwei-  
se selber  
essen

kann gar  
nicht selber  
essen

**Trinken:**

kann selber  
trinken

kann teilwei-  
se selber  
trinken

kann gar  
nicht selber  
trinken

PEG-Sonde  
(Magensonde)

**Ausscheiden:**

**Harninkontinenz:**

nein

gelegentlich

ja

**Stuhlinkontinenz:**

nein

gelegentlich

ja

**Welche Hilfsmittel gibt es?**

Blasenverweilkatheter

Suprapubischer Katheter

Windeln/  
Einlagen

Urinflasche

**Besondere Tätigkeiten:**

mobilisieren

Transfer vom Bett zum Rollstuhl

Sonstiges:

**Nachteinsatz:**

nein

Ja

Häufigkeit

1 - 2 mal

2 - 3 mal

Unterstützung bei Toilettengang

3 - 4 mal

4 - 5 mal

**Anmerkungen zur betreuenden Person:**

Wie viele Personen leben zusätzlich im Haushalt?

zusätzlicher Angehöriger (z. B. Ehepartner) **Aufpreis 5 Euro pro Tag**

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

zusätzlicher Angehöriger (z. B. Ehepartner)  
mit Haushaltsführung und Betreuung (+ **20 % des gebuchten Tagessatzes**)

### Angaben zur Betreuungskraft:

Wunschalter:

egal

von

bis

Geschlecht:

egal

weiblich

männlich

Raucher/Nichtraucher:

egal

Nichtraucher

Raucher

**Führerschein erforderlich**  
**Aufpreis 8 Euro pro Tag**

**Allgemeine Tätigkeiten der Betreuerin:**

Für gute  
Raumlufte  
sorgen

bei Arztbe-  
suchen dabei  
sein

Auto fahren

gemeinsame  
Ausflüge

Lebensmittel  
einkaufen

Reinigungs-  
tätigkeiten

Wäschever-  
sorgung

Zubereitung  
von Mahlzeiten

**Anmerkungen zur Betreuungskraft:**

**Sprach- und Arbeitskenntnisse:**

Wenige  
Deutschkenntnisse  
Sprachstufe A1

Einfache  
Deutschkenntnisse  
Sprachstufe A2

Gute  
Deutschkenntnisse  
Sprachstufe B1

Kommunikative  
Deutschkenntnisse  
Sprachstufe B2

Sehr gute  
Deutschkenntnisse  
Sprachstufe C1-C2

**Wer ist der Rechnungsempfänger?**

Kontaktperson

zu betreuende Person

andere Person

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Ich erkläre mich mit der Verarbeitung und Speicherung der angegebenen Daten sowie der Datenschutzerklärung (sh. Homepage: [www.pflegevermittlung-bramowski.de](http://www.pflegevermittlung-bramowski.de)) einverstanden