

Ihre Ansprechpartner im Büro ULM:
Joanna Polujanska & Detlef Luckhardt
Telefon: 0731 - 250 950 28
Telefax: 0731 - 250 924 73
E-Mail: ulm@pflegefairmittler.de



Liegen ansteckende Erkrankungen/Infektionen bei der zu betreuenden Person vor?

Ist eine MRSA Infektion bekannt? * Ja Nein

Ist eine andere Infektion bekannt? * Ja Nein

Welche Infektion, ansteckende Erkrankung liegt vor? _____

*wir bitten Sie, einzuhaltende ärztliche Verordnungen zu Schutzmaßnahmen mitzusenden

zusätzliche Angaben:

Kommunikationsfähigkeit der zu betreuenden Person

Im Alltag	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	sehr eingeschränkt
Sprache*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hörvermögen*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehen*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfsmittel im Alltag	<input type="radio"/> Brille	<input type="radio"/> Hörgeräte	

*wir bitten Sie die Einschränkung näher zu beschreiben

zusätzliche Angaben:

Orientierungsfähigkeit der zu betreuenden Person

Im Alltag	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	sehr eingeschränkt
zeitlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
örtlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
persönlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
situativ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*wir bitten Sie die Einschränkung näher zu beschreiben

zusätzliche Angaben:



Mobilität und Bewegungsfähigkeit der zu betreuenden Person

Mobilität/Bewegung*	ohne Hilfe	wenig Hilfe	umfangreiche Hilfe	vollständige Hilfestellung
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehen am Rollator/in d. Whg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehen am Rollator/außerhalb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rollstuhlnutzung/in d. Whg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rollstuhlnutzung/außerhalb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umsetzen/Transfer (vom Bett zum Toilettenstuhl etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umdrehen/lagern/im Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bettlägerig, mit Transfer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bettlägerig, kein Transferbedarf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfer mit Patientenlifter				<input type="radio"/>

*wir bitten Sie ggfs. untenstehend den Hilfebedarf näher zu beschreiben

zusätzliche Angaben:

Technische* Pflegehilfsmittel vor Ort oder bereits beantragt

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="radio"/> Gehstock | <input type="radio"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="radio"/> Pflegebett | <input type="radio"/> Treppensteiggerät |
| <input type="radio"/> Rollator | <input type="radio"/> Toiletten-/Nachtstuhl | <input type="radio"/> Antidekubitusmatratze | <input type="radio"/> Kopfwashbecken/i. Bett |
| <input type="radio"/> Rollstuhl | <input type="radio"/> Duschstuhl/-hocker | <input type="radio"/> Patientenlifter | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> elektr. Rollstuhl | <input type="radio"/> Badewannenlifter | <input type="radio"/> Treppenlift | <input type="radio"/> _____ |

* bei Nutzung von technischen Pflegehilfsmitteln kann eine Einweisung vor Ort eventuell notwendig werden

zusätzliche Angaben:



Hilfebedarf bei der Körperpflege

	kein Hilfebedarf	teilweise Hilfebedarf	vollständiger Hilfebedarf
Körperpflege im Bad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperpflege im/am Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baden/Duschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mund-/Zahnpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnprothesenpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haarwäsche im Bad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haarwäsche im Bett			<input type="radio"/>
Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nagel-/Fußpflege*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wechseln der Kleidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*bei Auffälligkeiten sowie bestehendem Diabetes mellitus ist die Beauftragung einer med. Nagel-/Fußpflege empfohlen

zusätzliche Angaben:

Hilfebedarf im Umgang mit Ausscheidungen

	kein Hilfebedarf	teilweise Hilfebedarf	Vollständiger Hilfebedarf
Toilettengang/Intimhygiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wechseln d. Vorlagen/Intimhygiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Windelversorgung/Intimhygiene i. Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Katheterbeutel leeren/wechseln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urinalkondom anlegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stomabeutel leeren/wechseln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Regelmäßige Verdauung, Stuhlgang? normal Neigung zu Verstopfung Neigung zu Durchfall

Hilfsmittel: Vorlagen Windeln Urinflasche Inkontinenzhosen/Pants Katheter/SPK

zusätzliche Angaben:



Nächtliche Ruhezeit und Unterstützungsbedarf

- Gewöhnliche Zeit der Nachtruhe? von ca. _____ Uhr bis ca. _____ Uhr
- Wird regelmäßig ein Schlafmedikament eingenommen? Ja Nein
- Aufstehen in der Nacht, Toilettengang ohne Hilfe? Ja Nein
- Wird regelmäßig eine Unterstützung in der Nacht benötigt? Ja Nein
- Wenn ja, wie oft ca.? 0 1-2 mal/Nacht 0 2-3 mal/Nacht 0 mehr als 3 mal/Nacht

zusätzliche Angaben:

Essen und Trinken

- Wird eine besondere Kostform/Diät benötigt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

- Liegt eine Kau-oder Schluckstörung vor? Ja Nein

- Unterstützungsbedarf beim Trinken/der Ernährung? Ja Nein

→ Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Flüssigkeitsaufnahme/-menge normal mundgerechtes, angepasstes Zubereiten Hilfestellung beim Trinken/der Nahrungsaufnahme
- Anregung wird benötigt Zwischenmahlzeiten PEG – Sondenernährung
- Flüssigkeiten müssen angedickt werden Trinkmenge/Tag notieren PEG – Flüssigkeitszufuhr

zusätzliche Angaben:

Aktuelle Therapien

- Bestehen derzeit ergänzende Therapien im Alltag? Ja Nein
- Logopädie Physiotherapie Ergotherapie Dialyse – ____/Woche

zusätzliche Angaben:



Nähere Informationen, Interessen, Tagesgestaltung der zu betreuenden Person

Selbständige Tagesgestaltung, Beschäftigung? Ja Nein benötigt Unterstützung/Anleitung

Interessensgebiete/Hobbys?

Kirche/Gottesdienst

Politik/Tagesgeschehen

Gesellschaftsspiele

Garten/Gartenarbeit

Spaziergänge

Andere _____

Frühere berufliche Tätigkeit? _____

Regelmäßige Außenaktivitäten? _____

Wesen und Charakter? _____

Versorgungssituation derzeit?

Familie

Krankenhaus/Reha

Kurzzeitpflege

Pflegedienst

zusätzliche Angaben:

Derzeitiger Pflegebedarf – Pflegegrad – medizinische Versorgung

Medikamenteneinnahme? selbständig

unter Aufsicht

unselbständig

Medikation wird gerichtet? selbständig

durch Angehörige

durch Pflegedienst

Liegt ein Pflegegrad vor? 1 2 3 4 5 Seit wann? _____

Wurde eine Höherstufung beantragt?

Ja

Nein

Ist ein Pflegedienst derzeit tätig?

Ja

Nein

Soll der Pflegedienst auch weitergehend in Anspruch genommen werden?

Nein

Ja, für:

Grundpflegeleistungen nach Absprache

Stundenweise Betreuung

Med. Behandlungspflege/n. ärztl. Verordnung (→ die Übernahme durch Betreuungskräfte ist nicht möglich)

Wird ein Tagespflege-Besuch vorgesehen?

Ja

Nein

Wie oft/pro Woche? _____

Werden Leistungen durch Dritte erbracht, die auch weitergehend fortgeführt werden sollen? _____

zusätzliche Angaben:



Hauswirtschaftlicher und ergänzender Hilfebedarf

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| Mahlzeiten zubereiten/Kochen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> nach Absprache |
| Unterhaltsreinigung des Wohnbereichs? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> nach Absprache |
| Wäsche waschen und versorgen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> nach Absprache |
| Wäsche bügeln und wegräumen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> nach Absprache |
| Einkauf/Besorgungen im Alltag? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> nach Absprache |
| Begleitung zum Arzt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> nach Absprache |
| Begleitung zum Frisör/zur Fußpflege | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> nach Absprache |
| Leichte Gartentätigkeiten? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> nach Absprache |
| Haustierpflege? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> nach Absprache |

Name/Art des Haustieres? _____

Welche Maßnahmen werden in der Haustierpflege benötigt? _____

zusätzliche Angaben:

Wohnsituation und örtliche Rahmenbedingungen

Wohnlage

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> Wohnung/qm _____ | <input type="radio"/> Einfamilienhaus | <input type="radio"/> Zwei- bzw. Mehrfamilienhaus | <input type="radio"/> Betreutes Wohnen |
| <input type="radio"/> Balkon/Terrasse | <input type="radio"/> Garten | <input type="radio"/> Stadt - zentral | <input type="radio"/> Stadt abgelegen |
| <input type="radio"/> Dorf - zentral | <input type="radio"/> Dorf - abgelegen | <input type="radio"/> sehr weit abgelegen/Alleinlage | |

Steht ein Auto für Einkauf und Besorgungen zur Verfügung? Ja Nein

Hersteller/Modell _____ Handschaltung Automatik

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in:

ca. ¼ Stunde ca. ½ Stunde mehr als ½ Stunde keine /Bus oder Auto nötig Fahrrad vor Ort

zusätzliche Angaben:



Personalanforderungen und Erwartungen an die Betreuungskraft

- Nationalität** keine Vorgabe bestimmtes Land/EU (Osteuropa)
_____ (→zum Beispiel Polen, Ungarn)
- Geschlecht** keine Vorgabe weibliche Betreuungskraft männliche Betreuungskraft
- Alter** keine Vorgabe Alter von _____ bis _____
- Deutschkenntnisse** geringe mittlere gute bis sehr gute
- Führerschein** keine Vorgabe Ja, mit Fahrpraxis Nein
- Rauchen** keine Vorgabe Ja, draußen Nein
- Raucherhaushalt** Ja Nein

zusätzliche Angaben:

Unterbringung und Ausstattung, Kommunikationsmittel

Zur Verfügung stehende Räumlichkeit*?

*hierbei wird ein regulärer Standard vorausgesetzt

(ein abschließbarer Raum, Tageslicht, beheizbar, mit Bett, Tisch, Schrank, Stuhl und eine Mitbenutzung von Bad und Küche)

Balkon/Terrasse eigenes Bad Teeküche/separat Radio im Zimmer TV im Zimmer

Besteht ein Internetzugang? Internet/WLAN Anschluss Internet-Stick („skypefähig“) Nein

Telefonnutzung vor Ort? Country-Flat/Festnetz ins Heimatland Betreuerhandy/10€/Monat

zusätzliche Angaben:

Möglichkeiten der Freizeitabsprachen vor Ort

(→Nutzung der Freizeit außerhalb des Hauses, auch werktags anzubieten)

nach Absprache/bzw. täglich, kann mit zu betreuender Person abgestimmt werden

mit Angehörigen/Familie abzustimmen, ggfs. Ersatzabsprachen (täglich, oder zum Beispiel über separate Absprachen, Tagespflege usw.)



...zu guter Letzt

Wir erhalten von Ihnen persönliche Angaben, die wir den geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz entsprechend vertraulich behandeln werden. Unsere Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Internetseite: www.pflegeFAIRmittler.de

Mit Zusendung und Übermittlung der Bedarfsanalyse an die pflegeFAIRmittler, bestätigen Sie,

- dass Sie die Daten nach bestem Wissen vollständig und richtig angegeben haben.
- dass Sie bevollmächtigt und legitimiert sind, diese an uns für die Bearbeitung einer Personalanfrage und Angebotserstellung weiterzugeben.
- dass wir die Bedarfsanalyse im Rahmen der Weiterbearbeitung an unsere Partnerunternehmen senden dürfen und Sie damit einverstanden sind.

Die Bearbeitung Ihrer Personalanfrage und die Angebotserstellung erfolgen unverbindlich.

Datum: _____

Unterschrift: _____

zu betreuende Person /ggfs. bevollmächtigte Person

Zum Schluss gestatten Sie uns noch eine kurze Frage, denn wir möchten natürlich gerne wissen, wie Sie zu uns kamen:

Empfehlung im Privatbereich

Internet

Pflegedienst

Arzt

Beratungsstelle

Flyerauslage bei: _____

Andere _____

Herzlichen Dank!

Gerne können Sie uns die Bedarfsanalyse per E-Mail, Fax und auch Postzusendung übermitteln.

Wir freuen uns nun auf ein erstes beratendes Gespräch mit Ihnen. Ihr Ansprechpartner im für Sie zuständigen Büro wird sich gerne kurzfristig telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Selbstverständlich können wir uns auch terminlich hierzu vereinbaren und abstimmen.

Sie wollen das Wichtigste gut versorgt und betreut wissen und wir möchten das in dem Wissen tun, dies bestmöglich für Sie vorbereitet zu haben.

Wir möchten uns gerne diese Zeit für Sie nehmen!

Ihre pflegeFAIRmittler