

**Ihr Ansprechpartner im Büro Ulm:**  
**Dipl.-Volkswirt Detlef Luckhardt**  
Telefon: 0731 - 141 146 26  
Telefax: 0731 - 141 146 31  
E-Mail: [ulm@pflegefairmittler.de](mailto:ulm@pflegefairmittler.de)

# Bedarfsanalyse

## zur Erstellung eines unverbindlichen Angebots

Bitte machen Sie Ihre Angaben nach bestem Wissen, detailliert und vollständig.

### Persönliche Daten

Der Leistungsbeginn ist geplant am: \_\_\_\_\_  fester Termin  flexibler Termin

### Angaben zur betreuten Person

Name:	Vorname:
Straße und Hausnummer:	
PLZ:	Wohnort:
Festnetztelefon:	Mobiltelefon:
geboren am:	
Körpergröße (cm):	Körpergewicht (kg):

### Angaben zur Kontaktperson

Name:	Vorname:
Straße und Hausnummer:	
PLZ:	Wohnort:
Festnetztelefon:	Mobiltelefon:
Telefonische Kontaktaufnahme am besten ... ?	<input type="radio"/> vormittags <input type="radio"/> nachmittags <input type="radio"/> abends
E-Mail-Adresse: _____	
Persönliche Beziehung zur zu betreuenden Person:	<input type="radio"/> Ehepartner:in <input type="radio"/> Sohn/Tochter <input type="radio"/> Schwiegersohn <input type="radio"/> Ges. Betreuer:in <input type="radio"/> Lebenspartner:in <input type="radio"/> Enkel:in <input type="radio"/> Schwiegertochter <input type="radio"/> Andere

<b>Lebt die zu betreuende Person allein im Haushalt?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein (dann bitte nachfolgend Angaben machen)	
Weiteres Mitglied eines Zwei-Personen-Haushaltes*:	
2. Person/Name:	Vorname:
geboren am:	
<b>Wie möchten Sie es im täglichen Miteinander vereinbaren?</b>	
<u>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:</u>  <input type="radio"/> die hauswirtschaftliche Mitversorgung der weiteren Person im Haushalt ist erwünscht  <input type="radio"/> die weitere Person im Haushalt unterstützt im Bereich Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung	<input type="radio"/> es besteht Betreuungsbedarf und/oder Grundpflegebedarf für die/eine weitere Person im Haushalt  <b>Falls dies zutreffen sollte, bitten wir Sie darum, auch für die weitere Person eine Bedarfsanalyse auszufüllen</b> – die Seiten 1-8 bis zur hauswirtschaftlichen Angabe.
*Leben weitere Personen im Haushalt, bitten wir Sie, diese zusätzlich anzugeben	

zusätzliche Angaben:

## Gesundheitliche Situation und Einschränkungen der zu betreuenden Person:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Allergien*                       | <input type="radio"/> Gehschwäche                    | <input type="radio"/> Niereninsuffizienz        |
| <input type="radio"/> Amputation*                      | <input type="radio"/> Herzinfarkt                    | <input type="radio"/> Osteoporose               |
| <input type="radio"/> Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) | <input type="radio"/> Herzinsuffizienz               | <input type="radio"/> Rheuma                    |
| <input type="radio"/> Arthrose                         | <input type="radio"/> Herzrhythmusstörung            | <input type="radio"/> Schädel-Hirn-Trauma       |
| <input type="radio"/> Asthma                           | <input type="radio"/> Herzschrittmacher              | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung    |
| <input type="radio"/> Augenerkrankung*                 | <input type="radio"/> Hypertonie                     | <input type="radio"/> Schlaganfall              |
| <input type="radio"/> Demenz (beginnend)               | <input type="radio"/> Inkontinenz (Blase/Darm)       | <input type="radio"/> Sehschwäche               |
| <input type="radio"/> Demenz (fortgeschritten)         | <input type="radio"/> Lähmung(en)                    | <input type="radio"/> Stoma/künstl. Darmausgang |
| <input type="radio"/> Depression                       | <input type="radio"/> Medikamente zur Blutverdünnung | <input type="radio"/> Sturzfolgen               |
| <input type="radio"/> Diabetes Typ I                   | <input type="radio"/> Morbus Alzheimer               | <input type="radio"/> Tracheostoma              |
| <input type="radio"/> Diabetes Typ II                  | <input type="radio"/> Morbus Parkinson               | <input type="radio"/> Tumorerkrankungen*        |
| <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen           | <input type="radio"/> Multiple Sklerose              | <input type="radio"/> Sonstiges*                |

\*wir bitten Sie um eine nähere Information zur Erkrankung, bzw. zum betroffenen Organ:

## Liegen ansteckende Erkrankungen/Infektionen vor?

Ist eine Infektion mit multiresistenten Keimen (MRSA o.ä.) bekannt? \*  Ja  Nein

Ist eine andere Infektion bekannt? \*  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\*wir bitten Sie, einzuhaltende ärztliche Verordnungen zu Schutzmaßnahmen mitzusenden

zusätzliche Angaben:

## Kommunikationsfähigkeit

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, eventuelle Einschränkungen näher zu beschreiben:

## Orientierungsfähigkeit

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, eventuelle Einschränkungen näher zu beschreiben:



kein Transferbedarf

## Mobilität und Bewegungsfähigkeit

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 innerhalb	<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. den Hilfebedarf näher zu beschreiben:

## 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

\* \*bitte eventuelle Einschränkungen näher beschreiben:



## 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.?  1-2 mal/Nacht  2-3 mal/Nacht  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

Flüssigkeitsaufnahme/-menge normal  mundgerechtes, angepasstes Zubereiten  PEG – Sondenernährung

Anregung wird benötigt  Zwischenmahlzeiten  PEG – Flüssigkeitszufuhr

Flüssigkeiten müssen angedickt werden  Trinkmenge/Tag notieren

zusätzliche Angaben:

## Aktuelle Therapien

Bestehen derzeit ergänzende Therapien im Alltag?  Ja  Nein

Logopädie  Physiotherapie  Ergotherapie  Dialyse – \_\_\_\_/Woche

zusätzliche Angaben:

## Nähere Informationen, Interessen, Tagesgestaltung

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       Nein
- Telefonnutzung vor Ort?**       Country-Flat/Festnetz ins Heimatland

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](http://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: \_\_\_\_\_

Prospektauslage bei: \_\_\_\_\_

Andere \_\_\_\_\_

**Herzlichen Dank!**

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

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

Sie wollen Ihre Betreuungs- und/oder Pflegebedürftigen gut umsorgt wissen, und wir möchten Sie dabei umfassend und kompetent unterstützen.

Wir nehmen uns gern diese Zeit für Sie!

Ihre pflegeFAIRmittler

**Die verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist:**

die pflegeFAIRmittler® UG  
(haftungsbeschränkt) & Co. KG  
Magirus-Deutz-Str. 12  
D-89077 Ulm

Telefon: 0731 - 141 146 26  
Telefax: 0731 - 141 146 31  
E-Mail: [post@pflegeFAIRmittler.de](mailto:post@pflegeFAIRmittler.de)  
Internet: [www.pflegeFAIRmittler.de](http://www.pflegeFAIRmittler.de)

Amtsgericht Ulm HRA 726141  
Geschäftsführer: polucura UG (haftungsbeschränkt)  
vertreten durch Joanna Polujanska & Detlef Luckhardt