



die pflegeFAIRmittler®
Osteuropäische Pflegekräfte für zuhause

Bedarfsanalyse

Ihre Kontaktperson im Büro Göppingen:

Joanna Polujanska

Telefon: 07161 - 304 6666

Telefax: 07161 - 304 6667

E-Mail: post@pflegefairmittler.de

Ihre Kontaktperson im Büro Ulm:

Detlef Luckhardt

Telefon: 0731 - 141 146 26

Telefax: 0731 - 141 146 31

E-Mail: post@pflegefairmittler.de

Persönliche Daten

Leistungsbeginn am:

fester Termin

momentaner Aufenthaltsort:

flexibler Termin

(rot umrandete Felder sind zwingend auszufüllen)

Zu betreuende Person:

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

Kontaktperson:

Vorname(n):	Name:		
Straße und Hausnummer:			
PLZ:	Wohnort:		
Festnetztelefon:	Mobiltelefon:		
Telefonische Kontaktaufnahme am besten ... ?	vormittags nachmittags abends		
E-Mail-Adresse: _____			
Persönliche Beziehung zur zu betreuenden Person:	Ehepartner:in Lebenspartner:in	Sohn / Tochter Enkel:in	Gesetzliche:r Betreuer:in Andere

die pflegeFAIRmittler®

GmbH & Co. KG

E-Mail: post@pflegeFAIRmittler.de

Internet: www.pflegeFAIRmittler.de

Büro 89077 Ulm:

Magirus-Deutz-Str. 12

Telefon: 0731 - 141 146 26

Telefax: 0731 - 141 146 31

Büro 73037 Göppingen:

Am Galgenberg 61

Telefon: 07161 - 304 6666

Telefax: 07161 - 304 6667

Amtsgericht Ulm HRA 726141

Geschäftsführer: polucura GmbH

vertreten durch Joanna Polujanska
und Detlef Luckhardt



Lebt die zu betreuende Person allein im Haushalt?		Ja	Nein (wir bitten Sie um nachfolgende Angaben):
Im Fall eines Zwei-Personen-Haushaltes* ==> 2. Person:			
Vorname(n):		Name:	
geboren am:			
Wie gestaltet sich der Umgang mit der/den weiteren Haushaltsmitgliedern?			
<p>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:</p> <p>die hauswirtschaftliche Mitversorgung der weiteren Person(en) im Haushalt ist erwünscht</p> <p>die weitere(en) Person(en) im Haushalt unterstützt(en) im Bereich Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung</p>		<p>es besteht Betreuungsbedarf und/oder Grundpflegebedarf für die/eine weitere(n) Person(en) im Haushalt*</p> <p><i>*Falls dies zutreffen sollte, bitten wir Sie, <u>auch für die weitere Person eine Bedarfsanalyse mit den Seiten 1-8 (bis zur hauswirtschaftlichen Angabe) auszufüllen.</u></i></p>	
*Leben weitere Personen im Haushalt, bitten wir Sie, diese zusätzlich anzugeben:			

zusätzliche Angaben:

Gesundheitliche Situation und Einschränkungen der zu betreuenden Person

ALS (Lateralsklerose)	Diabetes	Morbus Parkinson
Allergien*	Durchblutungsstörung	Multiple Sklerose
Amputation*	Gehschwäche	Niereninsuffizienz
Arthrose	Herzinfarkt	Schädel-Hirn-Trauma
Asthma	Herzinsuffizienz	Schilddrüsenerkrankung
Augenerkrankung*	Hypertonie	Schlaganfall*
COPD	Inkontinenz* Blase Darm	Stoma*
Demenz	Medikamente z. Blutverdünnung	Tumorerkrankungen*
Depression	Morbus Alzheimer	Sonstiges*

**bitte machen Sie nähere Angaben zur Erkrankung bzw. zum betroffenen Organ*

zusätzliche Angaben:



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, ärztliche Anweisungen zu Schutzmaßnahmen mitzusenden*

zusätzliche Angaben:

Kommunikationsfähigkeit der zu betreuenden Person

Im Alltag	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	sehr eingeschränkt
Sprache*			
Hörvermögen*			
Sehen*			
Hilfsmittel im Alltag	Brille	Hörgerät	

**wir bitten Sie, die Einschränkung näher zu beschreiben*

zusätzliche Angaben:

Orientierungsfähigkeit der zu betreuenden Person

Im Alltag	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	sehr eingeschränkt
zeitlich			
örtlich			
persönlich			
situativ			

**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				
Stehen				
Gehen am Rollator/in d. Whg.				
Gehen am Rollator/außerhalb				
Rollstuhlnutzung/in d. Whg.				
Rollstuhlnutzung/außerhalb				
Umsetzen/Transfer (vom Bett zum Toilettenstuhl etc.)				
Umdrehen/lagern/im Bett				
bettlägerig, mit Transfer				
bettlägerig, kein Transferbedarf				
Transfer mit Patientenlifter				

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

zusätzliche
Angaben:

Technische Pflegehilfsmittel* vor Ort oder bereits beantragt

Gehstock	Toilettensitzerhöhung	Pflegebett	Treppensteiggerät
Rollator	Toiletten-Nachtstuhl	Anti-Dekubitusmatratze	Kopfwashbecken im Bett
Rollstuhl	Duschhocker	Patientenlifter	
elektr. Rollstuhl	Badenwannenlift	Treppenlift	

* 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			
Körperpflege im/am Bett			
Baden/Duschen			
Mund-/Zahnpflege			
Zahnprothesenpflege			
Haarwäsche im Bad			
Haarwäsche im Bett			
Rasieren			
Hautpflege			
Nagel-/Fußpflege*			
Wechseln der Kleidung			

**bei Auffälligkeiten sowie bestehendem Diabetes mellitus wird die Beauftragung einer medizinischen Nagel-/Fußpflege empfohlen*

zusätzliche
Angaben:

Hilfebedarf im Umgang mit Ausscheidungen

	kein Hilfebedarf	teilweiser Hilfebedarf	Vollständiger Hilfebedarf
Toilettengang/Intimhygiene			
Wechseln d. Vorlagen/Intimhygiene			
Windelversorgung/Intimhygiene i. Bett			
Katheterbeutel leeren/wechseln			
Urinalkondom anlegen			
Stomabeutel leeren/wechseln			

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 Unterstützung in der Nacht benötigt?	Ja		Nein	

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				
Anregung wird benötigt		mundgerechtes, angepasstes Zubereiten		Hilfestellung beim Trinken/ Nahrungsaufnahme
Flüssigkeiten müssen angedickt werden		Zwischenmahlzeiten		PEG – Sondenernährung
Nahrung muss passiert werden (Brei)		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

Selbstständige 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?

zusätzliche
Angaben:

Derzeitiger Pflegebedarf – Pflegegrad – medizinische Versorgung

Medikamenteneinnahme?	selbständig	unter Aufsicht	unselbständig
Medikation wird gerichtet?	selbständig	durch Angehörige	durch Pflegedienst

Liegt ein Pflegegrad vor? 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 / nach ärztlicher Verordnung (→ die Übernahme durch Betreuungskräfte ist nicht zulässig!)

Ist ein Tagespflege-Besuch vorgesehen? Ja Nein Wie oft pro Woche?

Werden Leistungen durch Dritte erbracht, die fortgeführt werden sollen?

zusätzliche
Angaben:



Hauswirtschaftlicher und ergänzender Hilfebedarf

Mahlzeiten zubereiten/Kochen?	Ja	Nein	nach Absprache
Unterhaltsreinigung des Wohnbereichs?	Ja	Nein	nach Absprache
Wäsche waschen und versorgen?	Ja	Nein	nach Absprache
Wäsche bügeln und wegräumen?	Ja	Nein	nach Absprache
Einkauf/Besorgungen im Alltag?	Ja	Nein	nach Absprache
Begleitung zum Arzt?	Ja	Nein	nach Absprache
Begleitung zum Frisör / zur Fußpflege	Ja	Nein	nach Absprache
Leichte Gartentätigkeiten?	Ja	Nein	nach Absprache
Haustierversorgung?	Ja	Nein	nach Absprache
Name/Art des Haustieres?			
Welche Maßnahmen werden in der Haustierpflege benötigt?			

zusätzliche
Angaben:

Wohnsituation und örtliche Rahmenbedingungen

Wohnlage

Wohnung/qm _____	Einfamilienhaus	Zwei- bzw. Mehrfamilienhaus	Betreutes Wohnen
Balkon/Terrasse	Garten	Stadt zentral	Stadt abgelegen
Dorf - zentral	Dorf - abgelegen	sehr weit abgelegen/Alleinlage	
Steht ein Auto für Einkauf und Besorgungen zur Verfügung?		Nein	Handschaltung
Hersteller/Modell:		Ja	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:



Anforderungen und Erwartungen an die Betreuungskraft

Nationalität:	keine Vorgabe	bestimmtes Land (nur EU Osteuropa)			
Geschlecht:	keine Vorgabe	weiblich	männlich	divers	unbestimmt
Alter:	keine Vorgabe	Alter von	bis		
Deutschkenntnisse:	geringe	mittlere		gute bis sehr gute	
Führerschein:	keine Vorgabe	Ja, mit Fahrpraxis		Nein	
Rauchen:	keine Vorgabe	Ja, aber nur draußen		Nein	
Raucherhaushalt:		Ja		Nein	

zusätzliche
Angaben:

Unterbringung und Ausstattung, Kommunikationsmittel

Zur Verfügung stehende Räumlichkeit:

Standard:

abschließbarer Raum, Tageslichtfenster, Heizung min. 21° C, Bett, Tisch, Schrank, Stuhl und Mitbenutzung von Bad und Küche)

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

Besteht ein Internetzugang? LAN / WLAN Anschluss USB-Stick Nein

Telefonnutzung, falls die Betreuungsperson kein Mobiltelefon besitzt: Country-Flat Festnetz ins Heimatland

zusätzliche
Angaben:

Freizeitabsprachen mit der Betreuungskraft

zu betreuende Person(en) und Betreuungskraft stimmen sich direkt miteinander ab

Angehörige bzw. Verantwortliche stimmen sich mit der Betreuungskraft ab



...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 unter dem link <https://www.pflegeFAIRmittler.de/datenschutz>

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 sind, diese an uns für die Bearbeitung einer Personalanfrage und Angebotserstellung weiterzugeben,
- ✓ dass Sie damit einverstanden sind, dass wir die Bedarfsanalyse im Rahmen der Weiterbearbeitung und Angebotserstellung an unsere Partnerunternehmen in osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten senden dürfen
- ✓ dass Sie die Datenverarbeitung und -weitergabe jederzeit schriftlich widerrufen können.

Die Bearbeitung Ihrer Personalanfrage und die Angebotserstellung erfolgen unverbindlich und kostenlos!

Datum:

Unterschrift: _____

zu betreuende Person / ggfs. bevollmächtigte Person

Zum Schluss gestatten Sie uns noch eine kurze Frage, denn wir würden natürlich gern wissen, wie Sie zu uns fanden:

Internetsuche über:

Empfehlung im Privatbereich

Beratungsstelle

Krankenhaus

Arzt / Ärztin

Prospektauslage bei:

Pflegestützpunkt in:

Pflegedienst:

Andere:

Unser Angebot - Ihr Vertrauen - Unsere Verpflichtung

Ihr Team der pflegeFAIRmittler freut sich auf eine gute Zusammenarbeit!