



die pflegeFAIRmittler[®]
Osteuropäische Pflegekräfte für zuhause

Bedarfsanalyse

– Ergänzungsbogen für die 2. Person im Haushalt –

Ihre Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner:

Joanna Polujanska · Anna Dreher · Detlef Luckhardt

Büro Ulm

Magirus-Deutz-Str. 12, 89077 Ulm
Telefon: 0731 - 141 146 26
Telefax: 0731 - 141 146 31
E-Mail: post@pflegefairmittler.de

Büro Göppingen

Am Galgenberg 61, 73037 Göppingen
Telefon: 07161 - 304 6666
Telefax: 07161 - 304 6667
E-Mail: post@pflegefairmittler.de

(rot umrandete / rot markierte Felder sind zwingend auszufüllen)

Zweite Bedarfsanalyse für diesen Haushalt

Sie haben in der ersten Bedarfsanalyse angegeben, dass eine zweite Person im selben Haushalt pflegebedürftig ist. Allgemeine Angaben (Kontaktperson, Anforderungen an die Betreuungskraft, Hauswirtschaft usw.) haben Sie bereits gemacht – diese müssen Sie hier nicht wiederholen. Bitte machen Sie im Folgenden nur noch die Angaben, die sich auf die zweite Person selbst beziehen.

Zu betreuende Person (2. Person)

Vorname(n): *

Name:

Straße und Hausnummer: *

PLZ:

Wohnort:

Falls identisch mit der Adresse der ersten Person, bitte trotzdem kurz eintragen.

Festnetztelefon *

Mobiltelefon *

Geboren am (TT.MM.JJJJ) *

Körpergröße (cm) ca.

Körpergewicht (kg) ca.

Gesundheitliche Situation und Einschränkungen

Erkrankungen

☐ ALS (Lateralsklerose)

☐ Arthrose

☐ Bettlägerigkeit

☐ Dekubitus (Druckgeschwür)*

☐ Diabetes*

☐ Gehschwäche

☐ Herzrhythmusstörungen

☐ Knochenbruch (aktuell/kürzlich)

☐ Medikamente z. Blutverdünnung

☐ Allergien*

☐ Asthma

☐ COPD

☐ Demenz*

☐ Durchblutungsstörung

☐ Herzinfarkt

☐ Hypertonie

☐ Lähmung (teilweise/vollständig)

☐ Morbus Parkinson

☐ Amputation*

☐ Augenerkrankung*

☐ Dauerkatheter

☐ Depression

☐ Epilepsie

☐ Herzinsuffizienz

☐ Inkontinenz* (Blase/Darm)

☐ Magen-/Darmerkrankung (chronisch)

☐ Multiple Sklerose

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Niereninsuffizienz | ☐ Osteoporose | ☐ Polyneuropathie |
| ☐ Prothese / Endoprothese (z. B. Hüfte, Knie) | ☐ Rheuma / Gicht | ☐ Schädel-Hirn-Trauma |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Schlaganfall* | ☐ Schwindel / Gleichgewichtsstörungen |
| ☐ Stoma* | ☐ Suchterkrankung (z. B. Alkohol) | ☐ Tumorerkrankungen* |
| ☐ Sonstiges* | | |

* bitte nähere Angaben zur Erkrankung bzw. zum betroffenen Organ (siehe Folgefragen unten, jeweils nur falls zutreffend)

Sonstiges (Erkrankung) – bitte angeben

(nur falls zutreffend)

Tumorerkrankung – aktueller Status

(nur falls zutreffend)

- | | |
|--|--|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ In aktiver Behandlung (z. B. Chemo-/Strahlentherapie) |
| ☐ In Nachsorge / Remission | ☐ Palliative Begleitung |
| ☐ Sonstiges | |

Schlaganfall – Art und Folgen

(nur falls zutreffend) – Erläuterung der Fachbegriffe: Ischämischer Schlaganfall, Hirnblutung, Hemiparese, Aphasie, Dysphagie (Wikipedia).

- | | |
|---|--|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ Ischämischer Schlaganfall (Hirnfarkt) |
| ☐ Hämorrhagischer Schlaganfall (Hirnblutung) | ☐ Halbseitenlähmung (Hemiparese) |
| ☐ Sprachstörung (Aphasie) | ☐ Schluckstörung (Dysphagie) |
| ☐ Sonstige Folgen | |

Inkontinenz – welche Form?

(nur falls zutreffend)

- | | |
|--|---|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ Harninkontinenz |
| ☐ Stuhlinkontinenz | ☐ Harn- und Stuhlinkontinenz |

Augenerkrankung – welche?

(nur falls zutreffend) – Erläuterung der Fachbegriffe: Katarakt, Glaukom, Makuladegeneration, Diabetische Retinopathie (Wikipedia).

- | | |
|--|---|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ Grauer Star (Katarakt) |
| ☐ Grüner Star (Glaukom) | ☐ Makuladegeneration (AMD) |
| ☐ Diabetische Retinopathie | ☐ Sonstiges |

Amputation – welcher Bereich?

(nur falls zutreffend)

- | | |
|--|--|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ Bein (Ober- oder Unterschenkel) |
| ☐ Fuß / Zehen | ☐ Arm (Ober- oder Unterarm) |
| ☐ Hand / Finger | ☐ Sonstiges |

Allergien – welche Art(en)?

(nur falls zutreffend)

- | | |
|--|--|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ Pollen (Heuschnupfen) |
| ☐ Hausstaubmilben | ☐ Tierhaare |
| ☐ Nahrungsmittel | ☐ Insektengift |
| ☐ Medikamente | ☐ Kontaktallergie (z. B. Nickel, Latex) |
| ☐ Sonstiges | |

Stoma – welche Art(en)?

(nur falls zutreffend) – Erläuterung der Fachbegriffe: Kolostoma, Ileostoma, Urostoma, Tracheostoma, Gastrostoma/PEG-Sonde (Wikipedia).

- | | |
|--|--|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ Kolostoma (Dickdarm) |
| ☐ Ileostoma (Dünndarm) | ☐ Urostoma (Harnableitung) |
| ☐ Tracheostoma (Luftröhre) | ☐ Gastrostoma / PEG-Sonde (Magen) |
| ☐ Sonstiges | |

Demenz – welche Form? (falls bekannt)

(nur falls zutreffend) – Quelle: Alzheimer Forschung Initiative e.V. (alzheimer-forschung.de/demenz/formen/). Erläuterung der Fachbegriffe auf Wikipedia.

- | | |
|---|---|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ Alzheimer-Demenz |
| ☐ Vaskuläre Demenz | ☐ Frontotemporale Demenz |
| ☐ Parkinson-Demenz | ☐ Lewy-Körperchen-Demenz |
| ☐ Chronisch-traumatische Enzephalopathie (CTE) | ☐ Frühdemenz (Beginn vor dem 65. Lebensjahr) |
| ☐ Leichte kognitive Störung (Mild Cognitive Impairment, MCI) | ☐ Sonstige Demenzform |

Dekubitus – Versorgung

(nur falls zutreffend) – Wird die Wundversorgung durch einen ambulanten Pflegedienst oder durch Angehörige/selbstständig durchgeführt?

- ☐ ist mir im Detail nicht bekannt
☐ durch ambulanten Pflegedienst
☐ durch Angehörige / selbstständig

Diabetes – Typ

(nur falls zutreffend)

- | | |
|--|--|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ Typ 1 (insulinabhängig) |
| ☐ Typ 2 | ☐ anderer Diabetes-Typ (z. B. Schwangerschaftsdiabetes) |

Diabetes – Behandlung

(nur falls zutreffend)

- | | |
|--|---|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ Insulin (Spritze/Pen/Pumpe) |
| ☐ orale Medikamente (Tabletten) | ☐ Ernährungs-/Lebensstilanpassung ohne Medikamente |

Zusätzliche Angaben

Schmerzen

Schmerzintensität

- ☐ keine Schmerzen ☐ geringe Schmerzen ☐ mittlere Schmerzen ☐ starke Schmerzen

Zusätzliche Angaben

Raucherstatus

zu betreuende Person raucht

- ☐ Ja ☐ Nein

Infektionen, Kommunikation, Orientierung

MRSA-Infektion bekannt

- ☐ Ja ☐ Nein

andere Infektion bekannt

- ☐ Ja ☐ Nein

Kürzlich ausgeheilte MRSA-Infektion (innerhalb der letzten 4 Wochen)?

- ☐ Ja ☐ Nein

Bitte auch angeben, wenn die Infektion inzwischen als ausgeheilt gilt. Bei Angabe „Ja“ reichen Sie bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Ausheilung nach.

Kürzlich ausgeheilte andere Infektion (innerhalb der letzten 4 Wochen)?

☐ Ja ☐ Nein

Bitte auch angeben, wenn die Infektion inzwischen als ausgeheilt gilt. Bei Angabe „Ja“ reichen Sie bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Ausheilung nach.

Welche Infektion / ansteckende Erkrankung liegt vor

(nur falls zutreffend)

Bitte ärztliche Anweisungen zu Schutzmaßnahmen mitsenden.

Zusätzliche Angaben

Kommunikationsfähigkeit

Sprache

☐ uneingeschränkt ☐ teilweise eingeschränkt ☐ sehr eingeschränkt

Hörvermögen

☐ uneingeschränkt ☐ teilweise eingeschränkt ☐ sehr eingeschränkt

Sehen

☐ uneingeschränkt ☐ teilweise eingeschränkt ☐ sehr eingeschränkt

Hilfsmittel

☐ Brille ☐ Kontaktlinsen
☐ Hörgerät ☐ Cochlea-Implantat

Zusätzliche Angaben

Orientierungsfähigkeit

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	sehr eingeschränkt
zeitlich	☐	☐	☐
örtlich	☐	☐	☐
persönlich	☐	☐	☐
situativ	☐	☐	☐

Zusätzliche Angaben

Mobilität und Bewegungsfähigkeit

Hilfsmittel

☐ Gehstock ☐ Rollator ☐ Rollstuhl
☐ elektr. Rollstuhl

Die Rollator-/Rollstuhl-Detailfragen unten bitte nur ausfüllen, falls das jeweilige Hilfsmittel oben angegeben wurde.

	ohne Hilfe	wenig Hilfe	umfangreiche Hilfe	vollständige Hilfe
Gehen	☐	☐	☐	☐
Stehen	☐	☐	☐	☐
Rollator in der Wohnung	☐	☐	☐	☐
Rollator außerhalb	☐	☐	☐	☐
Rollstuhl in der Wohnung	☐	☐	☐	☐
Rollstuhl außerhalb	☐	☐	☐	☐
Umsetzen / Transfer (vom Bett zum Toilettensstuhl etc.)	☐	☐	☐	☐
Umdrehen / Lagern im Bett	☐	☐	☐	☐
bettlägerig, mit Transfer	☐	☐	☐	☐
bettlägerig, ohne Transferbedarf	☐	☐	☐	☐

Transfer mit Patientenlifter

☐ ja / erforderlich

Zusätzliche Angaben

Technische Pflegehilfsmittel (vor Ort oder beantragt)

Technische Pflegehilfsmittel

☐ Toilettensitzerhöhung

☐ Duschhocker

☐ Pflegebett

☐ Patientenlifter

☐ Treppensteigergerät

☐ Toilettens-Nachstuhl

☐ Badewannenlift

☐ Anti-Dekubitusmatratze

☐ Treppenlift

☐ Kopfwashbecken im Bett

Zusätzliche Angaben

Körperpflege und Ausscheidungen

	kein Hilfebedarf	teilweise	vollständig
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 Diabetes mellitus wird eine medizinische Nagel-/Fußpflege empfohlen

Zusätzliche Angaben

Hilfebedarf im Umgang mit Ausscheidungen

	kein Hilfebedarf	teilweise	vollständig
Toilettengang / Intimhygiene	☐	☐	☐
Wechseln der Vorlagen	☐	☐	☐
Windelversorgung im Bett	☐	☐	☐
Katheterbeutel leeren/wechseln	☐	☐	☐
Urinalkondom anlegen	☐	☐	☐
Stomabeutel leeren/wechseln	☐	☐	☐
Verdauung			
☐ normal	☐ Neigung zu Verstopfung	☐ Neigung zu Durchfall	
Hilfsmittel Ausscheidungen			
☐ Vorlagen	☐ Windeln	☐ Urinflasche	
☐ Inkontinenzhosen/Pants	☐ Katheter/SPK	☐ Urinalkondom	

Zusätzliche Angaben

Nachtruhe, Essen/Trinken, Therapien

Nachtruhe von (ca., hh:mm Uhr)

Nachtruhe bis (ca., hh:mm Uhr)

Schlafmedikament

☐ Ja ☐ Nein

nächtlicher Toilettengang ohne Hilfe

☐ Ja ☐ Nein

Nachteinsätze pro Nacht (ca.)

☐ keine Nachteinsätze ☐ 1 Nachteinsatz
☐ 2–3 Nachteinsätze ☐ mehr als 3 Nachteinsätze

Ein Nachteinsatz kann sehr unterschiedlich ausfallen – von einem kurzen Toilettengang bis zu einem längeren Einsatz mit anschließenden Einschlafschwierigkeiten. Details gerne unten unter „Zusätzliche Angaben“. Bei mehr als 3 Nachteinsätzen pro Nacht besprechen wir die genaue nächtliche Versorgung gerne im persönlichen Gespräch mit Ihnen.

Zusätzliche Angaben

Essen und Trinken

besondere Kostform/Diät

☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, welche

(nur falls zutreffend)

Kau-/Schluckstörung

☐ Ja

☐ Nein

Unterstützungsbedarf beim Trinken / der Ernährung

☐ Ja

☐ Nein

Besonderheiten Essen/Trinken

☐ Flüssigkeitsaufnahme normal

☐ Anregung wird benötigt

☐ Flüssigkeiten müssen andickt werden

☐ Nahrung muss passiert werden (Brei)

☐ mundgerechtes/angepasstes Zubereiten

☐ Hilfestellung beim Trinken/Nahrungsaufnahme

☐ Zwischenmahlzeiten

☐ Trinkmenge/Tag notieren

☐ PEG – Sondenernährung

☐ PEG – Flüssigkeitszufuhr

Zusätzliche Angaben

Aktuelle Therapien

Bestehen derzeit ergänzende Therapien im Alltag

☐ Ja

☐ Nein

Aktuelle Therapien

☐ Logopädie

☐ Physiotherapie

☐ Ergotherapie

☐ Dialyse

Dialyse – Häufigkeit/Woche

(nur falls zutreffend)

Zusätzliche Angaben

Tagesgestaltung & Pflegebedarf

selbstständige Tagesgestaltung

☐ Ja

☐ Nein

☐ benötigt Unterstützung/Anleitung

Interessen

☐ Kirche/Gottesdienst

☐ Politik/Tagesgeschehen

☐ Gesellschaftsspiele

☐ Garten/Gartenarbeit

☐ Spaziergänge

☐ Andere

Frühere berufliche Tätigkeit

Regelmäßige Außenaktivitäten

Wesen und Charakter

- | | |
|---|--|
| ☐ freundlich und offen
☐ zurückhaltend / introvertiert
☐ ruhig und ausgeglichen
☐ ungeduldig
☐ anhänglich / braucht viel Ansprache
☐ dankbar und zufrieden
☐ Sonstiges | ☐ gesellig / kontaktfreudig
☐ humorvoll
☐ ängstlich / unsicher
☐ eigenwillig / möchte vieles selbst bestimmen
☐ schätzt Ruhe und Rückzug
☐ leicht reizbar |
|---|--|

Sonstiges – bitte beschreiben

(nur falls zutreffend)

Zusätzliche Angaben

Derzeitiger Pflegebedarf – Pflegegrad – medizinische Versorgung

Medikamenteneinnahme

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| ☐ selbständig | ☐ unter Aufsicht | ☐ unselbständig |
|--------------------------------------|---|--|

Medikation wird gerichtet

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| ☐ selbständig | ☐ durch Angehörige | ☐ durch Pflegedienst |
|--------------------------------------|---|---|

Pflegegrad vorhanden

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Pflegegrad

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Pflegegrad 1 | ☐ Pflegegrad 2 | ☐ Pflegegrad 3 | ☐ Pflegegrad 4 | ☐ Pflegegrad 5 |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

seit wann

(nur falls zutreffend)

Höherstufung beantragt

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Pflegedienst derzeit tätig

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

weitergehende Inanspruchnahme gewünscht

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| ☐ Nein | ☐ Ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

Ja, für (nur falls zutreffend)

Leistungsart

- ☐ Grundpflegeleistungen nach Absprache
☐ Stundenweise Betreuung
☐ Med. Behandlungspflege nach ärztl. Verordnung (Betreuungskräfte dürfen dies nicht übernehmen)

Tagespflege-Besuch vorgesehen

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

wie oft/Woche

(nur falls zutreffend)

Fortzuführende Leistungen durch Dritte

Zusätzliche Angaben

Begleitung (personenbezogen)

	Ja	Nein	nach Absprache
Begleitung zum Arzt	☐	☐	☐
Begleitung zum Frisör/zur Fußpflege	☐	☐	☐

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten (Art. 9 DSGVO)

Diese Bedarfsanalyse enthält Angaben zu Pflegegrad, Erkrankungen, Mobilität, Medikation und weiteren gesundheitlichen Aspekten der zu betreuenden Person – Gesundheitsdaten im Sinne von Art. 9 Abs. 1 DSGVO.

- ☐ Ich willige ausdrücklich ein, dass diese Gesundheitsdaten von der pflegeFAIRmittler zum Zweck der Auswahl und Vermittlung einer geeigneten Betreuungskraft sowie der Angebotserstellung verarbeitet werden.
- ☐ Ich willige ferner ein, dass die Bedarfsanalyse zu diesem Zweck an Partnerunternehmen in osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten weitergegeben wird. Diese wählen die Betreuungskraft eigenständig aus ihrem Kräftepool aus und verarbeiten die Daten insoweit als eigenständig Verantwortliche.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen, z. B. per E-Mail an info@pflegefairmittler.de. Weitere Informationen in der Datenschutzerklärung (Abschnitt 5.5).

Weitere Bestätigungen

Die Angaben zur Bevollmächtigung, zur Vollmachtsart sowie die ausführliche Erklärung „wer füllt dieses Formular aus“ haben Sie bereits auf der Hauptbedarfsanalyse (PDF 1, Person 1) gemacht; diese gilt für denselben Haushalt / dieselbe ausfüllende Person auch für die hier gemachten Angaben zur 2. Person mit.

- ☐ Ich habe die Daten nach bestem Wissen vollständig und richtig angegeben.
- ☐ Ich bin bevollmächtigt, diese Daten für die Bearbeitung einer Personalanfrage und Angebotserstellung an die pflegeFAIRmittler weiterzugeben.

Datum (TT.MM.JJJJ) *

Name (zu betreuende Person bzw. bevollmächtigte Person) *

Unterschrift (zu betreuende Person / ggf. bevollmächtigte Person; handschriftlich)

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>

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

Unser Angebot - Ihr Vertrauen - Unsere Verpflichtung

Ihr Team der pflegeFAIRmittler freut sich auf eine gute Zusammenarbeit!