

Betreuungsanalyse (8/26)

I. Allgemeine Informationen

Angaben zur Kontaktperson:

Name:		Vorname:	
Straße/Nr.:		PLZ/Ort.:	
Telefon:		Mobil:	
Email:			

Vollmacht liegt vor: ☐ nein ☐ ja ☐ Kopie beiliegend

Anzahl der Personen im Haushalt:

Angabe Person(en):

Person 1	Person 2
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geb.-Dat.:	Geb.-Dat.:
Gewicht/ Größe:	Gewicht/ Größe:

Anschrift des zu betreuenden Haushalts:

Straße/Nr.:	
PLZ/Ort.:	
Telefon:	Mobil:
Email:	

1. Diagnosen / Krankheitsbilder

Person 1

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ Allergien | ☐ Diabetes Tab./Ins. | ☐ Parkinson | ☐ chron. Durchfall |
| ☐ Arthrose | ☐ Herzerkrankung | ☐ Rheuma | ☐ Dekubitus |
| ☐ Asthma | ☐ Schlaganfall | ☐ Tumor | ☐ Gehschw./Sturzgef. |
| ☐ Blutverdünner | ☐ Sauerstoff Therapie | ☐ Dauerkatheter | ☐ Aggressivität |
| ☐ Demenz/Alzheimer | ☐ Multiple Sklerose | ☐ PEG-Sonde / Diät | ☐ Starke Unruhe |
| ☐ Depressionen | ☐ Osteoporose | ☐ Stoma | ☐ Weglauf-Tendenz |

Ansteckende Krankheiten: z.B. HIV

Sonstiges:

2. Pflegegrad

- | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ kein | Falls ja, welcher | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Beantragt: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

3. Pflegedienst

Erfolgt eine Versorgung durch den Pflegedienst? ☐ Ja ☐ Nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst weiter genutzt werden? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wofür: ☐ Medizin. Pflege ☐ Grundpflege

Sonstiges:

4. Einschränkungen im Gesundheitszustand

- | | | | |
|--------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Geistiger Zustand: | ☐ klar | ☐ verwirrt | ☐ teilnahmslos |
| Sprache: | ☐ keine | ☐ leichte | ☐ massive Probleme |
| Hörvermögen: | ☐ keine | ☐ leichte | ☐ massive Probleme |
| Hörgerät: | ☐ nein | ☐ ja | |
| Sehkraft: | ☐ keine | ☐ leichte | ☐ massive Probleme |
| Brille: | ☐ nein | ☐ ja | ☐ Lesebrille |
| An-/Auskleiden: | ☐ selbständig | ☐ mit Hilfe | ☐ komplett mit Hilfe |
| Körperpflege: | ☐ selbständig | ☐ mit Hilfe | ☐ komplett mit Hilfe |
| Essen/Trinken: | ☐ selbständig | ☐ mit Hilfe | ☐ komplett mit Hilfe |
| Toilette: | ☐ selbständig | ☐ mit Hilfe | ☐ Einlagen/Windel |
| Harninkontinenz: | ☐ nein | ☐ gelegentlich | ☐ immer |
| Stuhlinkontinenz: | ☐ nein | ☐ gelegentlich | ☐ immer |

5. Mobilität

Bewegung:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ bettlägerig
Hilfsmittel:	☐ keine	☐ Rollator/Gehstock	☐ Rollstuhl
	☐ Duschstuhl	☐ Wannenlift	☐ Toilettensstuhl
Treppen:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ nicht möglich
	☐ Treppenlift		
Transfer Bett/Rollstuhl:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ kein Transfer
	☐ Pflegebett	☐ Aufstehhilfe/Lift	☐ Anheben erforderlich

6. Ein- / Durchschlafen

☐ Ohne Probleme
 ☐ Teilweise Störung
 ☐ Schlafrhythmus ist gestört (Sonderregelung erforderlich)

Wie oft steht Sie/Er nachts auf?

Um welche Uhrzeit steht Sie/Er nachts auf?

Wird Unterstützung benötigt? ☐ nein ☐ ja ☐ teilweise ☐ unklar

Wenn ja, wie häufig? ☐ nicht jede Nacht ☐ jede Nacht

In der Zeit von 22 Uhr bis 6.30 Uhr gilt die allgemeine Nachtruhe.
Sollte Nachtdienst in besonderen Fällen vereinbart werden, wird dieser individuell berechnet.

7. Charakter / Interessen

Welcher Charakter liegt vor?
(Ruhig, Kommunikativ,
Intolerant, Stur, etc.)

Welche Interessen sind
vorhanden?
(TV, Garten, Gespräche, etc.)

Geht die betreute Person in die
Tagespflege? ☐ nein ☐ ja

Wann und wie oft?

1. Diagnosen / Krankheitsbilder

Person 2

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ Allergien | ☐ Diabetes Tab./Ins. | ☐ Parkinson | ☐ chron. Durchfall |
| ☐ Arthrose | ☐ Herzerkrankung | ☐ Rheuma | ☐ Dekubitus |
| ☐ Asthma | ☐ Schlaganfall | ☐ Tumor | ☐ Gehschw./Sturzgef. |
| ☐ Blutverdünner | ☐ Sauerstoff Therapie | ☐ Dauerkatheter | ☐ Aggressivität |
| ☐ Demenz / Alzheimer | ☐ Multiple Sklerose | ☐ PEG-Sonde / Diät | ☐ Starke Unruhe |
| ☐ Depressionen | ☐ Osteoporose | ☐ Stoma | ☐ Weglauf-Tendenz |

Ansteckende Krankheiten: z.B. HIV

Sonstiges:

2. Pflegegrad

- | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ kein | Falls ja, welcher | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Beantragt: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

3. Pflegedienst

Erfolgt eine Versorgung durch den Pflegedienst? ☐ Ja ☐ Nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst weiter genutzt werden? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wofür: ☐ Medizin. Pflege ☐ Grundpflege

Sonstiges:

4. Einschränkungen im Gesundheitszustand

- | | | | |
|--------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Geistiger Zustand: | ☐ klar | ☐ verwirrt | ☐ teilnahmslos |
| Sprache: | ☐ keine | ☐ leichte | ☐ massive Probleme |
| Hörvermögen: | ☐ keine | ☐ leichte | ☐ massive Probleme |
| Hörgerät: | ☐ nein | ☐ ja | |
| Sehkraft: | ☐ keine | ☐ leichte | ☐ massive Probleme |
| Brille: | ☐ nein | ☐ ja | ☐ Lesebrille |
| An-/Auskleiden: | ☐ selbständig | ☐ mit Hilfe | ☐ komplett mit Hilfe |
| Körperpflege: | ☐ selbständig | ☐ mit Hilfe | ☐ komplett mit Hilfe |
| Essen/Trinken: | ☐ selbständig | ☐ mit Hilfe | ☐ komplett mit Hilfe |
| Toilette: | ☐ selbständig | ☐ mit Hilfe | ☐ Einlagen/Windel |
| Harninkontinenz: | ☐ nein | ☐ gelegentlich | ☐ immer |
| Stuhlinkontinenz: | ☐ nein | ☐ gelegentlich | ☐ immer |

5. Mobilität

Bewegung:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ bettlägerig
Hilfsmittel:	☐ keine	☐ Rollator/Gehstock	☐ Rollstuhl
	☐ Duschstuhl	☐ Wannenlift	☐ Toilettensstuhl
Treppen:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ nicht möglich
	☐ Treppenlift		
Transfer Bett/Rollstuhl:	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ kein Transfer
	☐ Pflegebett	☐ Aufstehhilfe/Lift	☐ Anheben erforderlich

6. Ein- / Durchschlafen

☐ Ohne Probleme
 ☐ Teilweise Störung
 ☐ Schlafrhythmus ist gestört (Sonderregelung erforderlich)

Wie oft steht Sie/Er nachts auf?

Um welche Uhrzeit steht Sie/Er nachts auf?

Wird Unterstützung benötigt? ☐ nein ☐ ja ☐ teilweise ☐ unklar

Wenn ja, wie häufig? ☐ nicht jede Nacht ☐ jede Nacht

In der Zeit von 22 Uhr bis 6.30 Uhr gilt die allgemeine Nachtruhe.
Sollte Nachtdienst in besonderen Fällen vereinbart werden, wird dieser individuell berechnet.

7. Charakter / Interessen

Welcher Charakter liegt vor?
(Ruhig, Kommunikativ,
Intolerant, Stur, etc.)

Welche Interessen sind
vorhanden?
(TV, Garten, Gespräche, etc.)

Geht die betreute Person in die
Tagespflege? ☐ nein ☐ ja

Wann und wie oft?

II. Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

1. Anforderungen an das Personal

Geschlecht:	☐ Frau	☐ Mann	☐ egal
Alter:	☐ 20-30	☐ ab 30	☐ egal
Sprachkenntnisse:	☐ gut	☐ kommunikativ	☐ gering
Führerschein:	☐ ja	☐ nein	☐ egal
Fahrzeug:	☐ Automatik	☐ Schaltgetriebe	☐ Marke/Modell _____
Raucher:	☐ nur draußen	☐ nein	☐ Raucherhaushalt
Kategorie:	☐ Betreuer/in mit Erfahrung	☐ Betreuer/in wenig Erfahrung	

2. Rahmenbedingungen

Wohnort:	☐ Stadt	☐ Gemeinde	☐ Dorf
Lage:	☐ zentral	☐ zentrumsnah	☐ ländlich
Wohnen:	☐ Einfamilienhaus	☐ Wohnung	☐ Stockwerk: _____ ☐ Größe in qm: _____
	☐ Barriere frei	☐ Treppenlift	☐ Aufzug
	☐ TV	☐ Garten	☐ Balkon / Terrasse
Heizung:	☐ Zentralheizung	☐ Holz	☐ Öl (Hand Befüllung)
Haustiere:	☐ nein	☐ ja, _____	
Einkaufen:	☐ zu Fuß, Min: _____	☐ mit Bus, Min: _____	☐ nur mit Auto möglich
	☐ Betreuer/in	☐ Angehörige	☐ Gemeinsam

Ausstattung des Zimmers der Betreuungskraft:

Ausstattung:	☐ Bett	☐ Tisch	☐ Stuhl
	☐ Schrank	☐ WLAN	☐ Radio

Größe des Zimmers ca. _____qm

3. Freizeitregelung

Betreute Person/en kann/können alleine bleiben? ☐ ja ☐ nein

Es ist die Pflicht der Familie für einen angemessenen Zeitraum von Freizeit zu sorgen. Dies erfolgt in kooperativer Abstimmung, zwischen der Agentur, Betreuungskraft vor Ort und der Familie. Die Freizeit kann auch z.B. über eine Tagespflege abgedeckt werden. Freizeit bedeutet, die Betreuungskraft kann das Haus verlassen.

Bemerkungen

III. Aufgabenprofil des Haushaltes

Grundversorgung / Aktivierende Versorgung

Person 1

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Körperhygiene | ☐ Inkontinenzversorgung | ☐ Hilfe bei der Nahrungsaufnahme |
| ☐ Baden/Duschen | ☐ Medikamentengabe | ☐ Waschen im Bett |
| ☐ An- und Auskleiden | ☐ Hilfestellung beim Bewegungsablauf | ☐ Lagern im Bett |

Grundversorgung / Aktivierende Versorgung

Person 2

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Körperhygiene | ☐ Inkontinenzversorgung | ☐ Hilfe bei der Nahrungsaufnahme |
| ☐ Baden/Duschen | ☐ Medikamentengabe | ☐ Waschen im Bett |
| ☐ An- und Auskleiden | ☐ Hilfestellung beim Bewegungsablauf | ☐ Lagern im Bett |

Hauswirtschaftliche Versorgung

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Kochen/Essenzuber. | ☐ Wäsche waschen/bügeln | ☐ Reinigung der Wohnfläche |
| ☐ Einkaufen | ☐ Zimmerpflanzenpflege | ☐ Haustierversorgung |

Ausgenommen sind Fenster putzen, Gartenarbeit und Winterdienst.

Mobilisierung / Freizeitgestaltung

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Unterhalten/Zuhören | ☐ Spazieren gehen | ☐ Gesellschaftsspiele |
| ☐ Ausflüge | ☐ Musizieren/Singen | ☐ Vorlesen |

Bemerkungen

IV. Weitere Rahmenbedingungen

1. Wann soll die Betreuung beginnen?

☐

Unbefristet

☐

Befristet bis _____

2. Wer wird der Vertragspartner?

☐

Kontaktperson

☐

Person 1 oder 2

3. Welche Rechnungsanschrift?

☐

Kontaktperson

☐

Person 1 oder 2 (i.d.Regel)

4. Wer ist Rechnungsempfänger?

☐

Kontaktperson

☐

Person 1 oder 2

E-Mail-Adresse:

5. Folgende Person/en bei E-Mail Korrespondenz in CC nehmen:

(Bitte Name und E-Mail-Adresse notieren)

Das Ausfüllen der Betreuungsanalyse ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keiner Zahlung.
Es dient ausschließlich dazu Ihnen ein geeignetes Angebot zu erstellen.

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Diese Betreuungsanalyse ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Datenschutz: Der Auftraggeber willigt ein, dass seine Daten vom Senioren Service Curita24 Lindau im Rahmen der Vermittlungs- und Beratungstätigkeit genutzt und gespeichert werden dürfen, um den Kunden bestmöglich zu betreuen.

Den Datenschutzhinweis und die AGB's habe ich erhalten und akzeptiere diese hiermit.

Ort/Datum

Unterschrift