

Pflegebedarfsanalyse mit Vermittlungsauftrag

I. Allgemeine Informationen

Angaben zur Kontaktperson

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße/Nr.:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>		

Angaben Patient(en)

	Patient 1		Patient 2
Name:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsd.:	<input type="text"/>	Geburtsd.:	<input type="text"/>
Gewicht/ Größe:	<input type="text"/>	Gewicht/ Größe:	<input type="text"/>

Anschrift Patient(en)

Straße/Nr.:	<input type="text"/>		
PLZ/Ort:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>

1. Diagnosen / Krankheitsbilder

Patient 1

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Gehschwäche |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstör. | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> chronischer Durchfall | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | | |

2. Pflegegrad

		1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> keinen	Falls ja, welchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beantragt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

4. Einschränkungen im Gesundheitszustand

- | | | | |
|--|--|--|---|
| Sprache: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörvermögen: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Sehkraft: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörgerät: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Brille: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Bewegung: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> bettlägerig |
| Hilfsmittel: | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> keine |
| Treppen: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| Transfer Bett/Rollstuhl: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> kein Transfer |
| Geistiger Zustand: | <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> teilnahmslos | <input type="checkbox"/> verwirrt |
| Toilette: <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> Teilinkontinenz | <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Körperpflege: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| An-/Auskleiden: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| Essen/Trinken: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |

5. Ein-/Durchschlafen

- keine Probleme sporadische Störungen dauerhafte Störungen

Wie oft steht der Patient nachts auf?

Ist die Hilfe der Betreuungskraft erforderlich? ja nein teilweise

1. Diagnosen / Krankheitsbilder

Patient 2

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Gehschwäche |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstör. | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> chronischer Durchfall | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | | |

2. Pflegegrad

- | | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> keinen | Falls ja, welchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beantragt: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

4. Einschränkungen im Gesundheitszustand

- | | | | |
|--|--|--|---|
| Sprache: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörvermögen: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Sehkraft: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörgerät: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Brille: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Bewegung: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> bettlägerig |
| Hilfsmittel: | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> keine |
| Treppen: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| Transfer Bett/Rollstuhl: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> kein Transfer |
| Geistiger Zustand: | <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> teilnahmslos | <input type="checkbox"/> verwirrt |
| Toilette: <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> Teilinkontinenz | <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Körperpflege: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| An-/Auskleiden: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| Essen/Trinken: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |

5. Ein-/Durchschlafen

- keine Probleme sporadische Störungen dauerhafte Störungen

Wie oft steht der Patient nachts auf?

Ist die Hilfe der Betreuungskraft erforderlich? ja nein teilweise

II. Anforderungen an das Personal und Bedingungen vor Ort

1. Anforderungen an das Personal

- Geschlecht: Frau Mann egal
 Alter: 20-35 35-50 50+ egal
 Sprachkenntnisse: sehr gute gute kommunikative grundlegende
 Führerschein: ja nein egal
 Raucher: ja nein nur draußen
 Kategorie: Hausfrau Betreuerin mit Pflegeerfahrung Krankenschwester diplomierte Krankenschwester

2. Bedingungen vor Ort

- Wohnort: Stadt Gemeinde Dorf
 Lage: zentral zentrumsnah ländlich
 Wohnen: Einfamilienhaus Wohnung Größe in m²:

Ausstattung des Zimmers für den/die Betreuer/in:

- Größe des Zimmers ___ m² Bett Tisch Schrank eigenes Bad
 Weitere Ausstattung: Radio TV PC Internet/WLAN
 Telefon/Flatrate

3. Bemerkungen

III. Aufgaben im Haushalt

Grundversorgung

- Körperhygiene Inkontinenzversorgung Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

Aktivierende Versorgung

- An- und Auskleiden Hilfestellung beim Bewegungsablauf Lagern im Bett

Hauswirtschaftliche Versorgung

- Kochen Waschen/Bügeln Reinigung
 Einkaufen Zimmerpflanzenpflege Haustierversorgung

Gesellschaft leisten/Freizeitgestaltung

- Unterhalten/Zuhören Spazieren gehen Gesellschaftsspiele spielen
 Ausflüge Vorlesen Begleitung bei Arztbesuchen

Sonstiges

IV. Rahmenbedingungen

1. Wann soll die Betreuung beginnen?
2. Wer wird der Vertragspartner? Kontaktperson Patient

Vermittlungsauftrag

Ich/wir beauftrage(n) die Firma:

Senioren Service Curita24, Seelworth 2 C, 31535 Neustadt

mit der Vermittlung eines Dienstleistungsvertrages für die osteuropäische Betreuerin auf Grundlage der AGB und bitte um Vorschläge für Betreuerinnen. Die AGB wurden ausgehändigt und von mir/uns gelesen, verstanden und im Ganzen akzeptiert. Senioren Service Curita24 verpflichtet sich, bis zu zwei geeignete Betreuerinnen vorzuschlagen. Der Kunde/Auftragnehmer zahlt keine Vermittlungsgebühr an die Firma Senioren Service Curita24. Der Kunde versichert, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Der Kunde willigt ein, dass die Daten des Anamnese-Fragebogens vom Senioren Service Curita24 im Rahmen der Vermittlungs- und Beratungstätigkeit frei genutzt und gespeichert werden dürfen, um ihn bestmöglich zu betreuen. Die Weitergabe an Dritte ist somit erlaubt, sofern es die Tätigkeit unterstützt oder notwendig macht. Die Daten des Anamnese-Fragebogens werden absolut vertraulich behandelt. Dieser Anamnese-Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Ort/Datum

Unterschrift