Senioren-Service-Curita24
Sylvia-Maria Kreisz
Kirchstraße 16
88131 Lindau-Bodolz

Telefon 08382 / 9110031
E-Mail: lindau@curita24.de
www.curita24.de/Lindau

Betreuungsanalyse

I. Allgemeine Informationen

Ausdrucken

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

☐ kein — Falls ja, welcher: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Beantragt: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

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	☐ Toilettenstuhl
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

☐ kein

Falls ja, welcher ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

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

Grundversorgung / Aktivierende Versorgung — Person 2

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

Hauswirtschaftliche Versorgung

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

Ausgenommen sind Fenster putzen, Gartenarbeit und Winterdienst.

Mobilisierung / Freizeitgestaltung

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

4. Wer ist Rechnungsempfänger? ☐ Kontaktperson ☐ Person 1 oder 2

E-Mail-Adresse:

5. Folgende Person/en soll/en bei E-Mail Korrespondenz in CC gesetzt werden:
(Bitte Name und E-Mail-Adresse notieren)

_____

_____

_____

_____

Ausdrucken

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