

Bedarfsanalyse

I. Allgemeine Angaben

**Name/n des
Patienten:**

**Vorname/n des
Patienten:**

Geburtsdatum:

Adresse:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnumer Haus:

Telefonnumer Mobil:

**Name/n der
Kontaktperson:**

**Vorname/n der
Kontaktperson:**

Geburtsdatum:

Adresse:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnumer Haus:

Telefonnumer Mobil:

Telefonnumer Arbeit:

E-Mail-Adresse:

**Verwandschaftsgrad
mit dem Patienten:**

Persönliche Daten:

Gewicht:

Größe:

Zahl der Personen im Haushalt:

Diagnosen/Krankheitsbild:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Demenzbeginn | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Incontinent | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | | | |

Pflegegrad:

Keine:

Falls ja, welche: 1. 2. 3. 4. 5.

Beantragt: 1. 2. 3. 4. 5.

Versorgung durch Pflegedienst:

Erfolgt z. Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst: ja nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden: ja nein

Probleme in der Kommunikation:

Sprache: keine mäßige massive Probleme

Hörvermögen: keine mäßige massive Probleme

Sehkraft: keine mäßige massive Probleme

Hörgerät: ja nein

Brille: ja nein

Orientierung:

Zeitlich: ja zeitweise massive Probleme

Örtlich: ja zeitweise massive Probleme

Persönlich: ja zeitweise massive Probleme

Bewegung:

selbstständig mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Hilfsmittel:

Treppensteigen:

selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Hilfsmittel:

Transfer Bett / Rollstuhl:

selbstständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig / kein

Hilfsmittel vorhanden:

Pflegebett Lift Dekubitusmatratze Rollstuhl Rollator

Baden / Duschen:

selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

Körperpflege:

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	vollständig Unterstützung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen / waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Urinkontrolle:

Kontinent teilweise Inkontinenz (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

Windeln Vorlagen Urinflasche Katheter
 suprapubischer Katheter

Stuhlkontrolle:

- Kontinent teilweise Inkontinenz (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

An- / Auskleiden:

- selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Essen / Trinken:

- selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen:

- keine Störungen PEG Sonde
 Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät:

- keine falls ja, welche:

Ein- / Durchschlafen:

- keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-wach-Rhythmus gestört

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf:

- 1mal 2 - 3-mal mehr als 3 mal

Bekommt Schlafmittel: ja nein

Aktuelle Therapien:

- Keine Krankengymnastik Logopädie

sonstige:

Bitte beschreiben Sie das Wesen und den Charakter des Patienten:

Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

1. Anforderungen an das Personal:

Geschlecht:

- Frau Mann irrelevant

Alter (in Jahren):

- 20 – 30 30 - 40 40 – 50 älter als 50 irrelevant

Sprachkenntnisse:

- 1 (sehr gut) 2 (gut) 3 (befriedigend) 4 (ausreichend) 5 (schwach)

Führerschein:

- ja, mit Fahrpraxis nein

Gewünschte Ankunftszeit der Betreuungskraft:

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an unsere Mitarbeiter / -innen?

2. Rahmenbedingungen:

Lage:

- Großstadt - zentral Großstadt – abgelegen Kleinstadt Dorf

Wohnsituation:

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

- ca. 10 min. ca. 20 min. ca. 40 min.

Ausstattung des Zimmers für den / die Mitarbeiter / -in:

- eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV
 Computer Internetzugang

3. Zusätzliche Voraussetzungen:

Haustiere:

- keine wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden:

- ja nein

Einkäufe / Kochen / Essensvorbereitung:

immer nein

Liebblingslebensmittel und -getränke:

Waschen:

immer nein

Bügeln:

immer nein

Begleitung bei Arztbesuchen:

immer nein

Gibt es eine Haushaltshilfe:

nein falls ja, wie oft kommt diese in der Woche:

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt:

III. Tagesablauf

„Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen **nach meinem besten Wissen und Gewissen** wahrheitsgemäß und vollständig sind.“

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Daten, die ich in diesen Erhebungsbogen eingetragen habe, einschließlich der Daten über meine Gesundheit und meine Religionszugehörigkeit, von der Pflegevermittlung-Hessen zum Zweck der Vermittlung und Anbahnung eines Dienstleistungsvertrages eines ausländischen Leistungserbringungsunternehmens zum Einsatz einer ausländischen Betreuungsperson erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass sämtliche Daten, die ich in diesen Erhebungsbogen eingetragen habe, einschließlich der Daten über meine Gesundheit und meine Religionszugehörigkeit, von der Pflegevermittlung-Hessen an Kooperationspartner mit Sitz in Osteuropa, die sich der Einhaltung der EU-DSGVO verpflichtet haben, weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zum Zweck der Anbahnung und Erfüllung eines Dienstleistungsvertrages verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Daten der europäischen Datenschutzverordnung EU-DSGVO unterliegen. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, allerdings mit der Folge, dass die Pflegevermittlung-Hessen in dem Fall nicht für mich tätig werden kann und somit die Vermittlung eines Dienstleistungsvertrages nicht möglich ist. Zudem wurde ich auf mein Recht hingewiesen, dass meine Daten geändert, korrigiert, gesperrt, gelöscht oder eingeschränkt verarbeitet werden können, sofern keine gesetzlichen Regelungen, wie die Aufbewahrungspflicht, dem widersprechen. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Datentransfer. Ferner habe ich das Recht, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen.

Meine Widerrufserklärung kann ich jederzeit an folgende E-Mail-Adresse richten: E-Mail: info@pflegevermittlung-hessen.de

Sofern ich Daten in diesen Erhebungsbogen eintrage, die nicht allein meine Person betreffen, versichere ich hiermit, dass ich von dieser Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter zur Abgabe dieser Einwilligungserklärung bevollmächtigt bin.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen sowie auftretende Änderungen, insbesondere über Veränderungen des Gesundheitszustandes, unverzüglich an die Firma Pflegevermittlung-Hessen zu melden sind. Diese Angaben werden streng vertraulich und nur zum Zwecke der Vermittlung und der daraus resultierenden Betreuung verwendet.

Datum: ----- **Name:** ----- **Unterschrift:** -----