ProSanitas24
Lebenshilfe für Senioren

Bedarfsanalyse Seniorenbetreuung

für

Senior/in

Name (Nachname, Vorname) _____

Wohnort (PLZ, Ort) _____

Straße (Straßenname, Hausnummer) _____

Telefon (Vorwahl, Nummer) _____

E-Mail Adresse _____

Kontaktperson

(falls nicht identisch mit o.g. Person)

Name (Nachname, Vorname) _____

Wohnort (PLZ, Ort) _____

Straße (Straßenname, Hausnummer) _____

Telefon (Vorwahl, Nummer) _____

E-Mail Adresse _____

Informationen zur Person

Geburtsjahr _____

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich

Gewicht _____ kg

Körpergröße _____ cm

Pflegegrad ☐ keiner/nicht beantragt

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ProSanitas24
Lebenshilfe für Senioren

Altersverwirrtheit/Demenz	☐ ja	☐ nein
Wenn Altersverwirrtheit:		
Stadium der Erkrankung	☐ fortgeschritten	☐ beginnend
mit Weglauf-Tendenz	☐ ja	☐ nein
mit Aggressivität	☐ ja	☐ nein

Vorerkrankungen

☐ keine

☐ _____

☐ _____

☐

☐

Informationen zum Haushalt

Anzahl der Haushaltsmitglieder

☐ 1-Personen-Haushalt

☐ 2-Personen-Haushalt

☐ Mehrpersonen-Haushalt

Art und Lage der Wohnung

☐ in Einfamilienhaus

☐ in Mehrfamilienhaus

☐ Erdgeschoß

☐ 1. Etage

☐ 2. Etage

☐ 3. und weitere Etagen

Erreichbarkeit (zu Fuß) von

Bus/Straßenbahn/S-Bahn/U-Bahn

☐ in 2 Minuten

☐ in 5 Minuten

☐ in 15 Minuten

☐ in 30 Minuten

ProSanitas24
Lebenshilfe für Senioren

Erreichbarkeit (zu Fuß) von Einkaufsmöglichkeiten	☐ in 2 Minuten	
	☐ in 5 Minuten	
	☐ in 15 Minuten	
	☐ in 30 Minuten	
Verfügbarkeit Verkehrsmittel	☐ Fahrrad	☐ nein
	☐ PKW	☐ nein
Haustiere	☐ ja:_____	☐ nein
Raucher-Haushalt	☐ ja	☐ nein

Informationen zur sonstigen Betreuung

durch ambulanten Pflegedienst	☐ ja	☐ nein
durch Familienangehörige	☐ ja	☐ nein
durch sonstige Personen	☐ ja	☐ nein

wenn Pflegedienst:

wie oft _____ x pro Tag ____ x pro Woche

Aufgaben _____

_____

Häusliche Therapien	☐ keine	
	☐ Krankengymnastik	
	☐ Logopädie	
	☐ sonstige:_____	
Putzhilfe	☐ ja	☐ nein
„Essen-auf-Rädern“	☐ ja	☐ nein

ProSanitas24
Lebenshilfe für Senioren

Informationen zur Mobilität

Gehfähigkeit	☐ uneingeschränkt ☐ mit Gehhilfe/Rollator ☐ angewiesen auf Rollstuhl ☐ bettlägerig
Fähigkeit zum Treppensteigen	☐ uneingeschränkt ☐ braucht Hilfe ☐ unmöglich
Fähigkeit zum Verlassen des Bettes oder eines Sessels	☐ uneingeschränkt ☐ braucht Hilfe ☐ unmöglich
Fähigkeit zur Mitwirkung bei Transfers (z.B. beim Verlassen des Bettes)	☐ keine Hilfe erforderlich ☐ kann aktiv mithelfen ☐ kann nicht (mehr) aktiv mithelfen
Fähigkeit zum An- und Auskleiden	☐ uneingeschränkt ☐ braucht Hilfe
Fähigkeit zu Spaziergängen	☐ selbständig / uneingeschränkt ☐ nur mit Rollator in Begleitung ☐ nur im Rollstuhl ☐ unmöglich
Fahrtüchtigkeit	☐ noch gegeben ☐ nicht mehr gegeben

ProSanitas24
Lebenshilfe für Senioren

Informationen zur Körperhygiene

Fähigkeit zum Waschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen	☐ uneingeschränkt ☐ Hilfe erforderlich
Fähigkeit zum Baden, Duschen	☐ uneingeschränkt ☐ Hilfe erforderlich
Fähigkeit zur Hand- und Fußpflege	☐ uneingeschränkt ☐ Hilfe erforderlich
Fähigkeit zum Toilettengang	☐ uneingeschränkt ☐ Hilfe erforderlich
Hilfsmittel	☐ keine ☐ Windeln ☐ Vorlagen ☐ sonstige:_____

Informationen zur Nahrungsaufnahme

Essen und Trinken	☐ selbständig ☐ braucht Hilfe ☐ Sonde
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	☐ keine ☐ ja:
Diätpflicht	☐ nein ☐ ja: _____

ProSanitas24
Lebenshilfe für Senioren

Informationen zum Tag-Nacht-Rhythmus

Ein- und Durchschlafstörungen

- ☐ keine
- ☐ Einschlafstörungen
- ☐ Durchschlafstörungen

Häufigkeit des nächtlichen Aufstehens

- ☐ 0mal
- ☐ 1mal
- ☐ 2-3mal
- ☐ mehr als 3 mal

Tagesablauf

ca. _____ h Aufstehen morgens
ca. _____ h Mittagsruhe
ca. _____ h Zubett-Gehen abends

Nachtwache (am Bett)

- ☐ nicht erforderlich
- ☐ erforderlich

Sonstige für die Betreuung relevanten Informationen

Häufigkeit von Nachteinsätzen

- ☐ nie (nur im Notfall)
- ☐ selten (≤ 4mal im Monat)
- ☐ häufig (≥ 2mal pro Woche)
- ☐ immer (jede Nacht)

Möglichkeit, betreute Person u.U. temporär allein zu lassen

- ☐ nie
- ☐ bis zu 1 Stunde
- ☐ bis zu 3 Stunden
- ☐ länger als 3 Stunden

Gewünschter Beginn der Betreuung: _____(Datum)

Vorlieben, Hobbies der zu betreuenden Person: _____

_____

Wesen der zu betreuenden Person: _____

_____

Sonstige Informationen: _____

_____

Umfeld für die Betreuungskraft

Schlafzimmer und Aufenthaltsraum

☐ eigenes möbliertes Zimmer vorhanden

- ☐ neben Schlafzimmer der/des Betreuten
- ☐ entfernt vom Schlafzimmer der/des Betreuten

☐ kein eigenes Zimmer vorhanden

☐ Art der Unterbringung: _____

Badezimmer und Dusche

☐ eigene Bade- oder Duschgelegenheit

☐ zur Mitbenutzung

Toilette

☐ eigene Toilette

☐ zur Mitbenutzung

Waschmaschine

☐ Mitbenutzung möglich

☐ keine Mitbenutzung möglich

Kommunikationsmöglichkeiten

☐ Fernseher vorhanden

☐ Internet-Anschluss vorhanden

Nähe und Erreichbarkeit von Angehörigen

☐ im Haus der betreuten Person

☐ in räumlicher Nähe zum Ort der Betreuung

☐ kein Angehöriger in gleicher Stadt lebend

Erwartungen an die Betreuungskraft

Alterspräferenz

☐ 25-35 Jahre

☐ 35-45 Jahre

☐ 45-55 Jahre

☐ über 55 Jahre

☐ keine

Geschlecht:

☐ weiblich

☐ männlich

☐ keine Präferenz

Rauchen

☐ Nichtraucher (unbedingt)

☐ Raucher (nur draußen)

☐ keine Präferenz

Führerschein

☐ ja

☐ nicht erforderlich

Sprachkenntnisse

☐ alltagstaugliche Beherrschung der deutschen Sprache

☐ befriedigende Kommunikationsfähigkeiten in Deutsch

☐ gute - sehr gute Kommunikationsfähigkeiten in Deutsch

Sonstige Erwartungen an die Betreuungskraft

_____

_____

_____

ProSanitas24
Lebenshilfe für Senioren

Aufgaben der Betreuungskraft

Hilfestellung im Rahmen der Körperpflege

☐ beim Waschen

☐ beim Baden/Duschen

☐ bei der Mundhygiene

☐ beim Kämmen und Rasieren

☐ bei der (nicht-medizinischen) Hand- und Fußpflege

☐ beim Toilettengang

☐ beim Wechseln von Inkontinenzhilfen

Hilfestellung im Bereich der Ernährung

☐ durch Vornahme der Speiseplanung

☐ durch Zubereitung von Mahlzeiten

☐ bei der Aufnahme fester und flüssiger Nahrung

Hilfestellung zur Gewährleistung der Mobilität

☐ beim Aufstehen und Zubettgehen

☐ beim An- und Auskleiden

☐ beim Gehen, Stehen, Treppensteigen

☐ durch Begleitung bei Terminen außerhalb der Wohnung

☐ durch Begleitung bei Spaziergängen und Ausflügen

Hilfestellung im Bereich Hauswirtschaft

☐ durch Planung der Vorratshaltung

☐ durch Erledigung von Einkäufen

☐ durch Erledigung des Abwasch

☐ durch Übernahme der Wohnungsreinigung

☐ durch Wäsche-und Kleiderpflege

☐ durch Beheizen der Wohnung

☐ durch Pflege von Zimmerpflanzen

☐ durch Betreuung von Haustieren

Hilfestellung durch sonstige Tätigkeiten

☐

☐

☐

Datenschutz

☐ Die in diesem Datenblatt gegebenen Informationen entsprechen der Wahrheit und sind vertraulich. ProSanitas24 ist berechtigt, diese Informationen nur und ausschließlich zur Suche und Auswahl einer geeigneten Betreuungskraft zu verwenden. Zu diesem Zweck ist eine Weiterleitung nur an Mitarbeiter von ProSanitas24 gestattet.

Ort, Datum _____

_____

Unterschrift (Name bei E-Mail—Anfrage)