

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

Altersverwirrtheit/Demenz

ja

nein

Wenn Altersverwirrtheit:

Stadium der Erkrankung
mit Weglauf-Tendenz
mit Aggressivität

fortgeschritten

beginnend

ja

nein

ja

nein

Vorerkrankungen

keine

für die Betreuung relevante:

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

in 2 Minuten

Bus/Straßenbahn/S-Bahn/U-Bahn

in 5 Minuten

in 15 Minuten

in 30 Minuten

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	<input type="checkbox"/> ja	nein
durch Familienangehörige	<input type="checkbox"/> ja	nein
durch sonstige Personen	<input type="checkbox"/> ja	nein

wenn Pflegedienst:
wie oft
Aufgaben

_____ x pro Tag _____ x pro Woche

Häusliche Therapien

keine
Krankengymnastik
Logopädie
sonstige: _____

Putzhilfe	ja	nein
„Essen-auf-Rädern“	ja	nein

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

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: _____

Diätspflicht

nein
ja: _____

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 (\leq 4mal im Monat)

häufig (\geq 2mal pro Woche)

immer (jede Nacht)

Möglichkeit, betreute Person u.U.

nie

temporär allein zu lassen

bis zu 1 Stunde

bis zu 3 Stunden

länger als 3 Stunden

Gewünschter Beginn der Betreuung:

_____ (Datum)

Modalitäten der Hauswirtschaft

Betreuungskraft erhält Haushaltsgeld

(Abrechnung durch Belege und Kassenbuch)

ggf. Höhe des Haushaltsgeldes

_____ € pro Kopf und Woche

Betreuungskraft erhält kein Haushaltsgeld

Einkäufe durch Senior/in

Einkäufe durch Angehörige

andere Form der Erledigung der Einkäufe:

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	Geschlecht:	weiblich
	35-45 Jahre		männlich
	45-55 Jahre		keine Präferenz
	über 55 Jahre		
	keine		

Rauchen	Nichtraucher (unbedingt)	Führerschein	ja
	Raucher (nur draußen)		nicht erforderlich
	keine Präferenz		

Sprachkenntnisse alltagstaugliche Beherrschung der deutschen Sprache
 befriedigende Kommunikationsfähigkeiten in Deutsch
 gute - sehr gute Kommunikationsfähigkeiten in Deutsch

Sonstige Erwartungen an die Betreuungskraft

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 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)