

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

Geburtstag/-jahr

Tag

Monat

Jahr

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

- ja nein

durch Familienangehörige

- ja nein

durch sonstige Personen

- 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 (≤ 4 mal im Monat)
- häufig (≥ 2 mal 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

* cave: Dienstplan/Freizeit Betreuungskraft

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 | <input type="checkbox"/> 25-35 Jahre | Geschlecht: | <input type="checkbox"/> weiblich |
| | <input type="checkbox"/> 35-45 Jahre | | <input type="checkbox"/> männlich |
| | <input type="checkbox"/> 45-55 Jahre | | <input type="checkbox"/> keine Präferenz |
| | <input type="checkbox"/> über 55 Jahre | | |
| | <input type="checkbox"/> keine | | |

- 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

- Dienstplan
- Betreuung an 7 Tagen in der Woche (ca. 5,7 Std. pro Tag) (unter Berücksichtigung der erforderlichen Pausen)
 - Betreuung mit einem halben freien Tag in der Woche (einmal pro Woche durchgängig 4 Stunden frei)
 - Betreuung mit einem ganzen freien Tag in der Woche (durchgängig 8 Stunden frei, Tag nach Absprache)

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)