die pflegeFAIRmittler®
Osteuropäische Pflegekräfte für zuhause

Ihre Ansprechpartnerin im Büro Göppingen:
Joanna Polujanska
Telefon: 07161 - 304 6666
Telefax: 07161 - 304 6667
E-Mail: goeppingen@pflegefairmittler.de

Bedarfsanalyse

zur Erstellung eines unverbindlichen Angebots

Bitte machen Sie Ihre Angaben nach bestem Wissen, detailliert und vollständig.

Persönliche Daten

Der Leistungsbeginn ist geplant am: _____ O fester Termin O flexibler Termin

Angaben zur betreuten Person

Name:	Vorname:
Straße und Hausnummer:	
PLZ:	Wohnort:
Festnetztelefon:	Mobiltelefon:
geboren am:	
Körpergröße (cm):	Körpergewicht (kg):

Angaben zur Kontaktperson

Name:			Vorname:	
Straße und Hausnummer:				
PLZ:			Wohnort:	
Festnetztelefon:			Mobiltelefon:	
Telefonische Kontaktaufnahme am besten ... ?			O vormittags O nachmittags O abends	
E-Mail-Adresse: _____				
Persönliche Beziehung zur zu betreuenden Person:	O Ehepartner:in	O Sohn/Tochter	O Schwiegersohn	O Ges. Betreuer:in
	O Lebenspartner:in	O Enkel:in	O Schwiegertochter	O Andere

die pflegeFAIRmittler®
Osteuropäische Pflegekräfte für zuhause

Lebt die zu betreuende Person allein im Haushalt? **O Ja** **O Nein** (dann bitte nachfolgend Angaben machen)	
Weiteres Mitglied eines Zwei-Personen-Haushaltes*:	
2. Person/Name:	Vorname:
geboren am:	
Wie möchten Sie es im täglichen Miteinander vereinbaren?	
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an: O die hauswirtschaftliche Mitversorgung der weiteren Person im Haushalt ist erwünscht O die weitere Person im Haushalt unterstützt im Bereich Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung	O es besteht Betreuungsbedarf und/oder Grundpflegebedarf für die/eine weitere Person im Haushalt **Falls dies zutreffen sollte, bitten wir Sie darum, auch für die weitere Person eine Bedarfsanalyse auszufüllen** – die Seiten 1-8 bis zur hauswirtschaftlichen Angabe.
*Leben weitere Personen im Haushalt, bitten wir Sie, diese zusätzlich anzugeben	

zusätzliche Angaben:

Gesundheitliche Situation und Einschränkungen der zu betreuenden Person:

O Allergien*
O Amputation*
O Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)
O Arthrose
O Asthma
O Augenerkrankung*
O Demenz (beginnend)
O Demenz (fortgeschritten)
O Depression
O Diabetes Typ I
O Diabetes Typ II
O Durchblutungsstörungen
O Gehschwäche
O Herzinfarkt
O Herzinsuffizienz
O Herzrhythmusstörung
O Herzschrittmacher
O Hypertonie
O Inkontinenz (Blase/Darm)
O Lähmung(en)
O Medikamente zur Blutverdünnung
O Morbus Alzheimer
O Morbus Parkinson
O Multiple Sklerose
O Niereninsuffizienz
O Osteoporose
O Rheuma
O Schädel-Hirn-Trauma
O Schilddrüsenerkrankung
O Schlaganfall
O Sehschwäche
O Stoma/künstl. Darmausgang
O Sturzfolgen
O Tracheostoma
O Tumorerkrankungen*
O Sonstiges*

**wir bitten Sie um eine nähere Information zur Erkrankung, bzw. zum betroffenen Organ:*

Liegen ansteckende Erkrankungen/Infektionen vor?

Ist eine Infektion mit multiresistenten Keimen (MRSA o.ä.) bekannt? * O Ja O Nein

Ist eine andere Infektion bekannt? * O Ja O Nein

Wenn ja, welche? _____

**wir bitten Sie, einzuhaltende ärztliche Verordnungen zu Schutzmaßnahmen mitzusenden*

zusätzliche Angaben:

Kommunikationsfähigkeit

Im Alltag	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	sehr eingeschränkt
Sprache*	O	O	O
Hörvermögen*	O	O	O
Sehen*	O	O	O
Hilfsmittel im Alltag	O Brille	O Hörgeräte	

*wir bitten Sie, eventuelle Einschränkungen näher zu beschreiben:

Orientierungsfähigkeit

Im Alltag	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	sehr eingeschränkt
zeitlich	O	O	O
örtlich	O	O	O
persönlich	O	O	O
situativ	O	O	O

*wir bitten Sie, eventuelle Einschränkungen näher zu beschreiben:

kein Transferbedarf Rollstuhl

Mobilität und Bewegungsfähigkeit

Mobilität/Bewegung*	ohne Hilfe	wenig Hilfe	umfangreiche Hilfe	vollständige Hilfestellung
Gehen	O	O	O	O
Stehen	O	O	O	O
Gehen am Rollator/in d. Whg.	O	O	O	O
Gehen am Rollator/außerhalb	O	O	O	O
Rollstuhlnutzung innerhalb	O	O	O	O
Rollstuhlnutzung außerhalb	O	O	O	O
Umsetzen/Transfer (vom Bett zum Toilettenstuhl etc.)	O	O	O	O
Umdrehen/lagern/im Bett	O	O	O	O
bettlägerig, mit Transfer	O	O	O	O
bettlägerig, kein Transferbedarf	O	O	O	O
Transfer mit Patientenlifter				O

**wir bitten Sie ggfs. den Hilfebedarf näher zu beschreiben:*

Technische* Pflegehilfsmittel vor Ort oder bereits beantragt:

O Gehstock	O Toilettensitzerhöhung	O Pflegebett	O Treppensteiggerät
O Rollator	O Toiletten-/Nachtstuhl	O Antidekubitusmatratze	O Kopfwaschbecken/i. Bett
O Rollstuhl	O Duschstuhl/-hocker	O Patientenlifter	O _____
O elektr. Rollstuhl	O Badewannenlifter	O Treppenlift	O _____

** bei Nutzung von technischen Pflegehilfsmitteln kann eine Einweisung vor Ort eventuell notwendig werden*

** *bitte eventuelle Einschränkungen näher beschreiben:*

Hilfebedarf bei der Körperpflege

	kein Hilfebedarf	teilweise Hilfebedarf	vollständiger Hilfebedarf
Körperpflege im Bad	O	O	O
Körperpflege im/am Bett	O	O	O
Baden/Duschen	O	O	O
Mund-/Zahnpflege	O	O	O
Zahnprothesenpflege	O	O	O
Haarwäsche im Bad	O	O	O
Haarwäsche im Bett			O
Rasieren	O	O	O
Hautpflege	O	O	O
Nagel-/Fußpflege*	O	O	O
Wechseln der Kleidung	O	O	O

**bei Auffälligkeiten sowie bestehendem Diabetes mellitus ist die Beauftragung einer med. Nagel-/Fußpflege empfohlen*

zusätzliche Angaben:

Hilfebedarf im Umgang mit Ausscheidungen

	kein Hilfebedarf	teilweise Hilfebedarf	Vollständiger Hilfebedarf
Toilettengang/Intimhygiene	O	O	O
Wechseln d. Vorlagen/Intimhygiene	O	O	O
Windelversorgung/Intimhygiene i. Bett	O	O	O
Katheterbeutel leeren/wechseln	O	O	O
Urinalkondom anlegen	O	O	O
Stomabeutel leeren/wechseln	O	O	O

Regelmäßige Verdauung, Stuhlgang? O normal O Neigung zu Verstopfung O Neigung zu Durchfall

Hilfsmittel: O Vorlagen O Windeln O Urinflasche O Inkontinenzhosen/Pants O Katheter/SPK

zusätzliche Angaben:

Nächtliche Ruhezeit und Unterstützungsbedarf

Gewöhnliche Zeit der Nachtruhe? von ca. _____ Uhr bis ca. _____ Uhr

Wird regelmäßig ein Schlafmedikament eingenommen? O Ja O Nein
Aufstehen in der Nacht, Toilettengang ohne Hilfe? O Ja O Nein
Wird regelmäßig eine Unterstützung in der Nacht benötigt? O Ja O Nein

Wenn ja, wie oft ca.? O 1-2 mal/Nacht O 2-3 mal/Nacht O mehr als 3 mal/Nacht

zusätzliche Angaben:

Essen und Trinken

Wird eine besondere Kostform/Diät benötigt? O Ja O Nein

Wenn ja, welche? _____

Liegt eine Kau-oder Schluckstörung vor? O Ja O Nein
Unterstützungsbedarf beim Trinken/der Ernährung? O Ja O Nein

O Flüssigkeitsaufnahme/-menge normal
O Anregung wird benötigt
O Flüssigkeiten müssen angedickt werden
O mundgerechtes, angepasstes Zubereiten
O Zwischenmahlzeiten
O Trinkmenge/Tag notieren
O PEG – Sondenernährung
O PEG – Flüssigkeitszufuhr

zusätzliche Angaben:

Aktuelle Therapien

Bestehen derzeit ergänzende Therapien im Alltag? O Ja O Nein

O Logopädie O Physiotherapie O Ergotherapie O Dialyse –____/Woche

zusätzliche Angaben:

die pflegeFAIRmittler®
Osteuropäische Pflegekräfte für zuhause

Nähere Informationen, Interessen, Tagesgestaltung

Selbständige Tagesgestaltung, Beschäftigung? O Ja O Nein O benötigt Unterstützung/Anleitung

Interessensgebiete/Hobbys?

O Kirche/Gottesdienst O Politik/Tagesgeschehen O Gesellschaftsspiele

O Garten/Gartenarbeit O Spaziergänge O Andere _____

Frühere berufliche Tätigkeit? _____

Regelmäßige Außenaktivitäten? _____

Wesen und Charakter? _____

Versorgungssituation derzeit? O Familie O Krankenhaus/Reha O Kurzzeitpflege O Pflegedienst

zusätzliche Angaben:

Derzeitiger Pflegebedarf – Pflegegrad – medizinische Versorgung

Medikamenteneinnahme? O selbständig O unter Aufsicht O unselbständig

Medikation wird gerichtet? O selbständig O durch Angehörige O durch Pflegedienst

Liegt ein Pflegegrad vor? □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 Seit wann? _____

Wurde eine Höherstufung beantragt? O Ja O Nein

Ist ein Pflegedienst derzeit tätig? O Ja O Nein

Soll der Pflegedienst auch weitergehend in Anspruch genommen werden? O Nein O Ja, für:

O Grundpflegeleistungen nach Absprache

O Stundenweise Betreuung

O Med. Behandlungspflege/n. ärztl. Verordnung (→ die Übernahme durch Betreuungskräfte ist nicht möglich)

Wird ein Tagespflege-Besuch vorgesehen? O Ja O Nein Wie oft/pro Woche? _____

Werden Leistungen durch Dritte erbracht, die auch weitergehend fortgeführt werden sollen? _____

zusätzliche Angaben:

Hauswirtschaftlicher und ergänzender Hilfebedarf

Mahlzeiten zubereiten/Kochen?	O Ja	O Nein	O nach Absprache
Unterhaltsreinigung des Wohnbereichs?	O Ja	O Nein	O nach Absprache
Wäsche waschen und versorgen?	O Ja	O Nein	O nach Absprache
Wäsche bügeln und wegräumen?	O Ja	O Nein	O nach Absprache
Einkauf/Besorgungen im Alltag?	O Ja	O Nein	O nach Absprache
Begleitung zum Arzt?	O Ja	O Nein	O nach Absprache
Begleitung zum Frisör/zur Fußpflege	O Ja	O Nein	O nach Absprache
Leichte Gartentätigkeiten?	O Ja	O Nein	O nach Absprache
Haustierpflege?	O Ja	O Nein	O nach Absprache

Name/Art des Haustieres? _____

Welche Maßnahmen werden in der Haustierpflege benötigt?_____

zusätzliche Angaben:

Wohnsituation und örtliche Rahmenbedingungen

Wohnlage

O Wohnung/qm_____	O Einfamilienhaus	O Zwei- bzw. Mehrfamilienhaus	O Betreutes Wohnen
O Balkon/Terrasse	O Garten	O Stadt - zentral	O Stadt abgelegen
O Dorf - zentral	O Dorf - abgelegen	O sehr weit abgelegen/Alleinlage	

Steht ein Auto für Einkauf und Besorgungen zur Verfügung? O Ja O Nein

O Hersteller/Modell_____ O Handschaltung O Automatik

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in:

O ca. ¼ Stunde O ca. ½ Stunde O mehr als ½ Stunde O keine /Bus oder Auto nötig O Fahrrad vor Ort

zusätzliche Angaben:

die pflegeFAIRmittler®
Osteuropäische Pflegekräfte für zuhause

Personalanforderungen und Erwartungen an die Betreuungskraft

Nationalität	O keine Vorgabe	O bestimmtes Land/EU (Osteuropa) _____ (→zum Beispiel Polen, Ungarn)	
Geschlecht	O keine Vorgabe	O weibliche Betreuungskraft	O männliche Betreuungskraft
Alter	O keine Vorgabe	O Alter von_____ bis _____	
Deutschkenntnisse	O geringe	O mittlere	O gute bis sehr gute
Führerschein	O keine Vorgabe	O Ja, mit Fahrpraxis	O Nein
Rauchen	O keine Vorgabe	O Ja, draußen	O Nein
Raucherhaushalt		O Ja	O Nein

zusätzliche Angaben:

Unterbringung und Ausstattung, Kommunikationsmittel

Zur Verfügung stehende Räumlichkeit*?

hierbei wird ein regulärer Standard vorausgesetzt
(ein abschließbarer Raum, Tageslicht, beheizbar, mit Bett, Tisch, Schrank, Stuhl und eine Mitbenutzung von Bad und Küche)

O Balkon/Terrasse O eigenes Bad O Teeküche/separat O Radio im Zimmer O TV im Zimmer

Besteht ein Internetzugang? O Internet/WLAN Anschluss O Internet-Stick O Nein

Telefonnutzung vor Ort? O Country-Flat/Festnetz ins Heimatland

zusätzliche Angaben:

Möglichkeiten der Freizeitabsprachen vor Ort

(→*Nutzung der Freizeit außerhalb des Hauses, auch werktags anzubieten*)

O nach Absprache/bzw. täglich, kann mit zu betreuender Person abgestimmt werden

O mit Angehörigen/Familie abzustimmen, ggfs. Ersatzabsprachen (täglich, oder zum Beispiel über separate Absprachen, Tagespflege usw.)

die pflegeFAIRmittler®
Osteuropäische Pflegekräfte für zuhause

…zu guter Letzt

Wir erhalten von Ihnen persönliche Angaben, die wir den geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz entsprechend vertraulich behandeln werden. Unsere Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Internetseite: www.pflegeFAIRmittler.de

Mit Zusendung und Übermittlung der Bedarfsanalyse an die pflegeFAIRmittler bestätigen Sie,

- dass Sie die Daten nach bestem Wissen vollständig und richtig angegeben haben,
- dass Sie bevollmächtigt und legitimiert sind, diese an uns für die Bearbeitung einer Personalanfrage und Angebotserstellung weiterzugeben,
- dass wir die Bedarfsanalyse im Rahmen der Weiterbearbeitung an unsere Partnerunternehmen senden dürfen und Sie damit einverstanden sind.

Die Bearbeitung Ihrer Personalanfrage und die Angebotserstellung erfolgen unverbindlich.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

zu betreuende Person /ggfs. bevollmächtigte Person

Zum Schluss gestatten Sie uns noch eine kurze Frage, denn wir möchten natürlich gerne wissen, wie Sie zu uns kamen:

O Empfehlung im Privatbereich O Internet O Pflegedienst O Arzt

O Beratungsstelle: _____ O Prospektauslage bei: _____ O Andere_____

Herzlichen Dank!

Gern können Sie uns die Bedarfsanalyse per E-Mail, Fax und auch Postzusendung übermitteln.

Wir freuen uns auf ein erstes beratendes Gespräch mit Ihnen. Ihr Ansprechpartner im für Sie zuständigen Büro wird sich kurzfristig telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Sie wollen Ihre Betreuungs- und/oder Pflegebedürftigen gut umsorgt wissen, und wir möchten Sie dabei umfassend und kompetent unterstützen.

Wir nehmen uns gern diese Zeit für Sie!

Ihre pflegeFAIRmittler

Die verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist:

die pflegeFAIRmittler® UG (haftungsbeschränkt) & Co. KG
Am Galgenberg 61
D-73037 Göppingen

Telefon: 07161 - 304 6666 Telefax: 07161 - 304 6667
E-Mail: post@pflegeFAIRmittler.de
Internet: www.pflegeFAIRmittler.de

Amtsgericht Ulm HRA 726141
Geschäftsführer: polucura UG (haftungsbeschränkt)
vertreten durch Joanna Polujanska & Detlef Luckhardt