

Betreuungsanalyse (1/25)

I. Allgemeine Informationen

Angaben zur Kontaktperson:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße/Nr.:	<input type="text"/>	PLZ/Ort.:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>		

Vollmacht liegt vor: ☐ nein ☐ ja ☐ Kopie beiliegend

Anzahl der Personen im Haushalt:

Angabe Person(en):

Person 1	Person 2
Name: <input type="text"/>	Name: <input type="text"/>
Vorname: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>
Geb.-Dat.: <input type="text"/>	Geb.-Dat.: <input type="text"/>
Gewicht/ Größe: <input type="text"/>	Gewicht/ Größe: <input type="text"/>

Anschrift des zu betreuenden Haushalts:

Straße/Nr.: <input type="text"/>	
PLZ/Ort.: <input type="text"/>	
Telefon: <input type="text"/>	Mobil: <input type="text"/>
Email: <input type="text"/>	

1. Diagnosen / Krankheitsbilder

Person 1

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Diabetes Tab./Ins. | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> chron. Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Gehschw./Sturzgef. |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner | <input type="checkbox"/> Sauerstoff Therapie | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Aggressivität |
| <input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde / Diät | <input type="checkbox"/> Starke Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Weglauf-Tendenz |

Ansteckende Krankheiten: z.B. HIV

Sonstiges:

2. Pflegegrad

- | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> kein | Falls ja, welcher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beantragt: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Pflegedienst

Erfolgt eine Versorgung durch den Pflegedienst? ☐ Ja ☐ Nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst weiter genutzt werden? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wofür: ☐ Medizin. Pflege ☐ Grundpflege

Sonstiges:

4. Einschränkungen im Gesundheitszustand

- | | | | |
|--------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Geistiger Zustand: | <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> teilnahmslos |
| Sprache: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörvermögen: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörgerät: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Sehkraft: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Brille: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Lesebrille |
| An-/Auskleiden: | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| Körperpflege: | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| Essen/Trinken: | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| Toilette: | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> Einlagen/Windele |
| Harninkontinenz: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> immer |
| Stuhlinkontinenz: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> immer |

5. Mobilität

Bewegung:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> bettlägerig
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Rollator/Gehstock	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
	<input type="checkbox"/> Duschstuhl	<input type="checkbox"/> Wannenlift	<input type="checkbox"/> Toilettensstuhl
Treppen:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich
	<input type="checkbox"/> Treppenlift		
Transfer Bett/Rollstuhl:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> kein Transfer
	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Aufstehhilfe/Lift	<input type="checkbox"/> Anheben erforderlich

6. Ein- / Durchschlafen

☐ Ohne Probleme
 ☐ Teilweise Störung
 ☐ Schlafrhythmus ist gestört (Sonderregelung erforderlich)

Wie oft steht Sie/Er nachts auf?

Um welche Uhrzeit steht Sie/Er nachts auf?

Wird Unterstützung benötigt? ☐ nein ☐ ja ☐ teilweise ☐ unklar

Wenn ja, wie häufig? ☐ nicht jede Nacht ☐ jede Nacht

In der Zeit von 22 Uhr bis 6.30 Uhr gilt die allgemeine Nachtruhe.
Sollte Nachtdienst in besonderen Fällen vereinbart werden, wird dieser individuell berechnet.

7. Charakter / Interessen

Welcher Charakter liegt vor?
(Ruhig, Kommunikativ,
Intolerant, Stur, etc.)

Welche Interessen sind
vorhanden?
(TV, Garten, Gespräche, etc.)

Geht die betreute Person in die
Tagespflege? ☐ nein ☐ ja

Wann und wie oft?

1. Diagnosen / Krankheitsbilder

Person 2

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Diabetes Tab./Ins. | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> chron. Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Gehschw./Sturzgef. |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner | <input type="checkbox"/> Sauerstoff Therapie | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Aggressivität |
| <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde / Diät | <input type="checkbox"/> Starke Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Weglauf-Tendenz |

Ansteckende Krankheiten: z.B. HIV

Sonstiges:

2. Pflegegrad

- | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> kein | Falls ja, welcher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beantragt: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Pflegedienst

Erfolgt eine Versorgung durch den Pflegedienst? ☐ Ja ☐ Nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst weiter genutzt werden? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wofür: ☐ Medizin. Pflege ☐ Grundpflege

Sonstiges:

4. Einschränkungen im Gesundheitszustand

- | | | | |
|--------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Geistiger Zustand: | <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> teilnahmslos |
| Sprache: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörvermögen: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörgerät: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Sehkraft: | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Brille: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Lesebrille |
| An-/Auskleiden: | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| Körperpflege: | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| Essen/Trinken: | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe |
| Toilette: | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> Einlagen/Windel |
| Harninkontinenz: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> immer |
| Stuhlinkontinenz: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> immer |

5. Mobilität

Bewegung:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> bettlägerig
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Rollator/Gehstock	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
	<input type="checkbox"/> Duschstuhl	<input type="checkbox"/> Wannenlift	<input type="checkbox"/> Toilettensstuhl
Treppen:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich
	<input type="checkbox"/> Treppenlift		
Transfer Bett/Rollstuhl:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> kein Transfer
	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Aufstehhilfe/Lift	<input type="checkbox"/> Anheben erforderlich

6. Ein- / Durchschlafen

☐ Ohne Probleme
 ☐ Teilweise Störung
 ☐ Schlafrhythmus ist gestört (Sonderregelung erforderlich)

Wie oft steht Sie/Er nachts auf?

Um welche Uhrzeit steht Sie/Er nachts auf?

Wird Unterstützung benötigt? ☐ nein ☐ ja ☐ teilweise ☐ unklar

Wenn ja, wie häufig? ☐ nicht jede Nacht ☐ jede Nacht

In der Zeit von 22 Uhr bis 6.30 Uhr gilt die allgemeine Nachtruhe.
Sollte Nachtdienst in besonderen Fällen vereinbart werden, wird dieser individuell berechnet.

7. Charakter / Interessen

Welcher Charakter liegt vor?
(Ruhig, Kommunikativ,
Intolerant, Stur, etc.)

Welche Interessen sind
vorhanden?
(TV, Garten, Gespräche, etc.)

Geht die betreute Person in die
Tagespflege? ☐ nein ☐ ja

Wann und wie oft?

II. Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

1. Anforderungen an das Personal

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> egal
Alter:	<input type="checkbox"/> 20-30	<input type="checkbox"/> ab 30	<input type="checkbox"/> egal
Sprachkenntnisse:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> kommunikativ	<input type="checkbox"/> gering
Führerschein:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> egal
Fahrzeug:	<input type="checkbox"/> Automatik	<input type="checkbox"/> Schaltgetriebe	<input type="checkbox"/> Marke/Modell _____
Raucher:	<input type="checkbox"/> nur draußen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Raucherhaushalt
Kategorie:	<input type="checkbox"/> Betreuer/in mit Erfahrung	<input type="checkbox"/> Betreuer/in wenig Erfahrung	

2. Rahmenbedingungen

Wohnort:	<input type="checkbox"/> Stadt	<input type="checkbox"/> Gemeinde	<input type="checkbox"/> Dorf
Lage:	<input type="checkbox"/> zentral	<input type="checkbox"/> zentrumsnah	<input type="checkbox"/> ländlich
Wohnen:	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Stockwerk: _____ <input type="checkbox"/> Größe in qm: _____
	<input type="checkbox"/> Barriere frei	<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> Aufzug
	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Garten	<input type="checkbox"/> Balkon / Terrasse
Heizung:	<input type="checkbox"/> Zentralheizung	<input type="checkbox"/> Holz	<input type="checkbox"/> Öl
Haustiere:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____	
Einkaufen:	<input type="checkbox"/> zu Fuß, Min: _____	<input type="checkbox"/> mit Bus, Min: _____	<input type="checkbox"/> nur mit Auto möglich
	<input type="checkbox"/> Betreuer/in	<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Gemeinsam

Ausstattung des Zimmers der Betreuungskraft:

Ausstattung:	<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Tisch	<input type="checkbox"/> Stuhl
	<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> WLAN	<input type="checkbox"/> Radio

Größe des Zimmers ca. _____qm

3. Freizeitregelung

Betreute Person/en kann/können alleine bleiben? ☐ ja ☐ nein

Es ist die Pflicht der Familie für einen angemessenen Zeitraum von Freizeit zu sorgen. Dies erfolgt in kooperativer Abstimmung, zwischen der Agentur, Betreuungskraft vor Ort und der Familie. Die Freizeit kann auch z.B. über eine Tagespflege abgedeckt werden. Freizeit bedeutet, die Betreuungskraft kann das Haus verlassen.

Bemerkungen

III. Aufgabenprofil des Haushaltes

Grundversorgung / Aktivierende Versorgung

Person 1

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Körperhygiene | <input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung | <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Nahrungsaufnahme |
| <input type="checkbox"/> Baden/Duschen | <input type="checkbox"/> Medikamentengabe | <input type="checkbox"/> Waschen im Bett |
| <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Hilfestellung beim Bewegungsablauf | <input type="checkbox"/> Lagern im Bett |

Grundversorgung / Aktivierende Versorgung

Person 2

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Körperhygiene | <input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung | <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Nahrungsaufnahme |
| <input type="checkbox"/> Baden/Duschen | <input type="checkbox"/> Medikamentengabe | <input type="checkbox"/> Waschen im Bett |
| <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Hilfestellung beim Bewegungsablauf | <input type="checkbox"/> Lagern im Bett |

Hauswirtschaftliche Versorgung

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kochen/Essenzuber. | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen/bügeln | <input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnfläche |
| <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Zimmerpflanzenpflege | <input type="checkbox"/> Haustierversorgung |

Ausgenommen sind Fenster putzen, Gartenarbeit und Winterdienst.

Mobilisierung / Freizeitgestaltung

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unterhalten/Zuhören | <input type="checkbox"/> Spazieren gehen | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele |
| <input type="checkbox"/> Ausflüge | <input type="checkbox"/> Musizieren/Singen | <input type="checkbox"/> Vorlesen |

Bemerkungen

IV. Weitere Rahmenbedingungen

1. Wann soll die Betreuung beginnen?

☐

Unbefristet

☐

Befristet bis _____

2. Wer wird der Vertragspartner?

☐

Kontaktperson

☐

Person 1 oder 2

3. Welche Rechnungsanschrift?

☐

Kontaktperson

☐

Person 1 oder 2

4. Wer ist Rechnungsempfänger?

☐

Kontaktperson

☐

Person 1 oder 2

E-Mail-Adresse:

5. Folgende Person/en soll/en bei E-Mail Korrespondenz in CC gesetzt werden:

(Bitte Name und E-Mail-Adresse notieren)

Das Ausfüllen der Betreuungsanalyse ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keiner Zahlung.
Es dient ausschließlich dazu Ihnen ein geeignetes Angebot zu erstellen.

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Diese Betreuungsanalyse ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Datenschutz: Der Auftraggeber willigt ein, dass seine Daten vom Senioren Service Curita24 Reutlingen im Rahmen der Vermittlungs- und Beratungstätigkeit genutzt und gespeichert werden dürfen, um den Kunden bestmöglich zu betreuen.

Den Datenschutzhinweis und die AGB's habe ich erhalten und akzeptiere diese hiermit.

Ort/Datum

Unterschrift