

Bedarfsermittlungsbogen (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Kontaktdaten

Name der Kontaktperson: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____

Verwandtschaftsverhältnis zwischen der zu pflegenden Person und der Kontaktperson: _____

Name der zu pflegenden Person: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Wohnt die zu pflegende Person alleine?

ja

Nein, zusammen mit: _____

Senior-Vital-Care

seriös – kompetent - zuverlässig



Pflegegrad

- Keiner 1. 2. 3. 4. 5.
- beantragt 1. 2. 3. 4. 5.

Pflegedienst

Erfolgt zur Zeit eine Versorgung durch den Pflegedienst: Ja Nein

Wenn ja, soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden (wird empfohlen): Ja Nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeit erbringt der Pflegedienst:

Diagnosen / Beeinträchtigungen

<input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Tracheostoma (Luftröhrenschnitt)	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Dekubitus (Geschwür durch Liegen)	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Beginnende Demenz
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> Alzheimer
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	
<input type="checkbox"/> Tumor (Krebserkrankungen):	
<input type="checkbox"/> Schlaganfall / Beeinträchtigungen:	
<input type="checkbox"/> Allergien:	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Senior-Vital-Care

seriös – kompetent - zuverlässig



Kommunikation möglich? Sprache gut zeitweise gar nicht möglich
Hörvermögen gut schlecht gar nicht
Sehkraft gut schlecht gar nicht
Hilfsmittel vorhanden? Hörgerät Ja Nein
Brille Ja Nein

Orientierung vorhanden? Zeitlich Ja zeitweise gar nicht
Örtlich Ja zeitweise gar nicht
Persönlich ja zeitweise gar nicht

Bewegung selbstständig mit Unterstützung bettlägerig
 überwiegend im Rollstuhl ausschließlich im Rollstuhl

Hilfsmittel vorhanden? Rollstuhl Rollator Unterarmgehstützen

Transfer Bett / Rollstuhl selbstständig hilft mit komplett
hilfsbedürftig

Hilfsmittel vorhanden? Pflegebett Lift Dekubitusmatratze

Treppensteigen selbstständig Mit Unterstützung Nicht möglich

Hilfsmittel vorhanden?

Körperpflege	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterstützung
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen / waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Senior-Vital-Care

seriös – kompetent - zuverlässig



Baden / Duschen selbstständig hilft mit komplett hilfsbedürftig
 wöchentlich täglich

Urinkontrolle kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts)
 inkontinent

Hilfsmittel vorhanden? Windeln Vorlagen Urinflasche
 Katheder Bettpfanne
 sonstiges: _____

Stuhlkontrolle Kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts)
 inkontinent

Hilfsmittel vorhanden? Bettpfanne Anus Praeter Windeln

An-/ Auskleiden selbstständig benötigt Hilfe komplett hilfsbedürftig

Essen / Trinken selbstständig benötigt Hilfe (z.B. beim Schneiden)
 komplett hilfsbedürftig

Diät keine

ja (welche): _____

Ein-/ Durchschlafen keine Probleme sporadisch Schlaf-/Wachrhythmus gestört

Steht die Person nachts auf? nein 1 mal 2 – 3 mal mehr als 3 mal

Bekommt er/sie Schlafmittel? ja Nein

Aktuelle Therapien keine Krankengymnastik Logopädie

sonstige: _____

Wie ist die zu pflegende Person vom Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung)
(Hobbys, Tagesablauf, Rituale wie Aufstehen und Zubettgehen, Sonstiges, individuelle Hilfestellung)

Frühstück: _____ Mittagessen: _____ Kaffee: _____ Abendessen: _____

Anforderung und Rahmenbedingungen an die Betreuungskräfte

- Geschlecht Frau Mann Egal
- Qualifikation Diplomierte Fachkraft (Krankenpfleger(in) oder ähnlicher Beruf*)
 Betreuer(in)/Hauswirtschaftskraft mit Erfahrung in der Betreuung pflegebedürftiger Personen
(*Medizinische Leistungen dürfen nicht erbracht werden)
- Alter 30 – 40 Jahre 40 – 50 Jahre Älter als 50 Jahre egal
- Führerschein absolutes muss egal
- Sprachkenntnisse gut
(verstehet gut Deutsch und kann sich gut ausdrücken, mit deutlichem Akzent und grammatikalischen Fehlern)
 befriedigend
(verstehet Dinge des täglichen Lebens und kann sich hierzu ausdrücken, viele grammatikalische Fehler)
 ausreichend
(verstehet eingeschränkt und erst nach einiger Übung vor Ort alltägliche Dinge, kann sich nur sehr begrenzt ausdrücken)

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an unsere Mitarbeiter(in)?
(Charakter , Eigenschaften, körperliche Belastbarkeit)

Rahmenbedingungen

- Lage Großstadt – zentral Großstadt – Stadtrand
 Kleinstadt Dorf Ländlich
- Wohnsituation Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung
m²: _____
- Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß) ca. 10 min. ca. 20 min. ca. 40 min.
 1 Stunde Länger als 1 Stunde

Ausstattung des Zimmers für den/die Mitarbeiter/in

- eigenes Bett Schreibtisch Tisch Schrank Radio TV
 Internet-Zugang / WLAN

Anmerkungen: _____

Arbeitspensum und Freizeitregelung

- Nachteinsätze nein ab und zu häufig jede Nacht

Freizeit 2 Stunden am Stück pro Tag und mind. ½ Tag pro Woche

Nach Absprache (als Ausgleich für Nachtarbeit): _____

Dauer des Einsatzes 1 – 2 Monate 3 – 6 Monate dauerhaft

Geplanter Beginn des Einsatzes: _____

Zusätzliche Voraussetzungen

Haustiere keine Ja, welche: _____

Sollen die Haustiere mitversorgt werden? ja nach Bedarf nein

Kochen/Essensvorbereitung immer gelegentlich nein

Waschen immer gelegentlich nein

Bügeln immer gelegentlich nein

Begleitung bei Arztbesuchen immer gelegentlich nein

Gibt es eine Haushaltshilfe nein ja

Wenn ja, wie oft kommt diese zum Einsatz?: _____

Welche weitere Hilfe/Hilfen benötigt der Patient im Haushalt?

Was ist Ihnen außerdem noch wichtig?:

Datum

Unterschrift

Hinweis: Als Anhaltspunkt für die Verpflegungskosten empfehlen wir als Untergrenze in Anlehnung an den Sozialhilfesatz ca. 45 € pro Person und Woche.

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen

per Fax

02150 / 7561812

per Post

**Senior-Vital-Care GmbH
Stettiner Str. 26
40668 Meerbusch**

per eMail

kontakt@senior-vital-care.de