



Pflegeberatung Esslingen – Konstanz – Offenburg

Für ein selbstbestimmtes Leben!

Sie sehen hier den Erhebungsbogen für die Bedarfsanalyse zur Erstellung eines unverbindlichen Angebots. Die Fragen auf den folgenden Seiten sind von unserem Partner vorgegeben. Ihre Antworten ermöglichen uns eine passenden Pflegekraft für Sie zu finden.

Zum weiteren Vorgehen mit dem Erhebungsbogen können Sie das Dokument

- auf ihrem Computer elektronisch ausfüllen und übermitteln

oder

- ausdrucken, händisch ausfüllen und übermitteln

Zur Übermittlung an die Pflegeberatung gibt es folgende Möglichkeiten:

1. Senden Sie uns das Dokument über unsere Website
Dazu scannen Sie das ausgedruckte Dokument oder machen Fotos und laden diese auf unsere Homepage hoch. (<https://www.pflegeberatung-esslingen.de/kooperationspartner/#upload>)
2. Senden Sie uns das Dokument an info@pflegeberatung-esslingen.de
Bitte beachten Sie, dass die verschlüsselte Übertragung in diesem Fall nicht von uns gewährleistet werden kann.
3. Faxen Sie alle Seiten des ausgefüllten Formulars an 0711-30516593
4. Schicken Sie es uns per Post an Pflegeberatung Esslingen, Badstr. 7, 77651 Offenburg

1. Allgemeine Angaben

Angaben zur Kontaktperson

Name:

Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon (Festnetz):

Telefon (Handy):

Faxnummer:

E-Mail-Adresse:

Verwandtschaftsgrad zwischen Kontaktperson und zu betreuender Person:

Ehefrau Ehemann Tochter Sohn Sonstige:

Angaben zu der zu betreuenden Person (Leistungsempfänger)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon (Festnetz):

Telefon (Handy):

Größe:

cm

Gewicht:

kg

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 noch nicht bekannt/beantragt

Hobbies/Interessen der zu betreuenden Person:

Wohnt die zu betreuende Person alleine? ja nein

Wer lebt mit der zu betreuenden Person im Haushalt?

Kommt der Pflegedienst weiterhin? ja nein Wenn ja, wie oft:

Welche Tätigkeiten übernimmt der Pflegedienst?

Status der Beeinträchtigungen:

altersbedingte Gehschwäche

Asthma

Alzheimer

Schlaganfall

Dekubitus

Osteoporose

Herzrhythmusstörungen

Amputation

Angstzustände

Depression

Diabetes

Einsamkeit

Geschwächt nach Krankenhausaufenthalt

Bettlägerigkeit

Krebs

Parkinson

Rheuma / Arthrose

Sturz

Herzinfarkt

Multiple Sklerose

Andere:



Transfer (→ Hilfe beim Aufstehen) ja nein

- Muss die zu betreuende Person angehoben werden?
 nein
 ja, die zu betreuende Person kann unterstützen / kann kurz stehen
 ja, mit vollem Körpergewicht
- Auf welche Weise ist hierbei Hilfe / Unterstützung notwendig?
- Hilft die zu betreuende Person beim Transfer mit?
ja nein

Welche Hilfsmittel nutzt die zu betreuende Person?

- | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Anti-Dekubitus-Matratze | <input type="checkbox"/> Pflegebett | |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl mit Motor | <input type="checkbox"/> Rollstuhl ohne Motor | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Gehbock |
| <input type="checkbox"/> Haltegriffe im Bad | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="checkbox"/> Toilettensstuhl | <input type="checkbox"/> Duschstuhl |
| <input type="checkbox"/> Badewannenlift | <input type="checkbox"/> Patientenlift mit Tragetuch | <input type="checkbox"/> Sessel mit Aufstehhilfe | |

Andere:

Demenz

- nein beginnende Demenz fortgeschrittene Demenz schwere Demenz

Wie äußert sich die Erkrankung? (Zu betreuende Person ist vergesslich, aggressiv, etc.)

Geistiger Zustand

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> Tag-/Nacht-Rhythmus gestört | <input type="checkbox"/> Aggressivität |
| <input type="checkbox"/> Apathie (Teilnahmslosigkeit) | <input type="checkbox"/> Starke Unruhe | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Inkontinenz

- teilweise inkontinent inkontinent Windeln Urinflasche

Leidet die zu betreuende Person an einer ansteckenden Krankheit (wie z.B. Hepatitis C, Krankenhauskeime, etc.)?

- nein ja, welche:

Ist die zu betreuende Person vollständig gegen COVID-19 geimpft?

- ja nein



Hat die zu betreuende Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

nein ja, Folgende:

Hat die zu betreuende Person eine Hauterkrankung/-schädigung (z.B. Dekubitus)?

nein ja, wird versorgt durch:

Aufgaben und Informationen für die Pflege- und Betreuungskraft

Pflegerische Tätigkeiten – Wofür wird Hilfe benötigt?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme | <input type="checkbox"/> Körperhygiene |
| <input type="checkbox"/> Intimpflege | <input type="checkbox"/> Unterstützung beim Toilettengang | <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden |
| <input type="checkbox"/> an Medikamentenvergabe erinnern | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |

2. Angaben zur gewünschten Pflege- und Betreuungskraft

Geschlecht: Frau Mann keine Präferenz

Alter: keine Präferenz bis 50 Jahre älter als 50 Jahre

Sprachkenntnisse:

- Grundkenntnisse (einzelne Worte werden verstanden)
 Mittlere Kenntnisse (Verständigung in einfachen Worten)
 Gute Kenntnisse (einfache Unterhaltung möglich)

Raucher/in

Nein, keine Person die raucht nur draußen egal

Anmerkung:

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an die Pflege- und Betreuungskraft (Charakter, Eigenschaften, persönliche Belastbarkeit)?



Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes:

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes (in Wochen/Monaten):

3. Rahmenbedingungen

Freizeit für die Pflege- und Betreuungskraft:

- 2 Stunden pro Tag 2 halbe Nachmittage pro Woche 1 freier Tag pro Woche
 individuell, nämlich:

Wer übernimmt die Betreuung, wenn die Pflege- und Betreuungskraft Freizeit hat?

Wohnsituation:

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung
 Sonstige:

Größe der Wohnung / des Hauses: m²

Ausstattung der Unterkunft für die Pflege- und Betreuungskraft:

- eigene Wohnung eigenes Bad Bett Tisch
 Schrank Radio TV Internet

Lage

- Großstadt mittlere Stadt Kleinstadt Dorf

Nächstgelegene Abholmöglichkeit (Bahnhof, Busbahnhof, etc.):

Einkaufsmöglichkeiten

- ca. 10 Min. ca. 20 Min. ca. 40 Min. ca. 1 Std. länger als 1 Std.

Sonstige Informationen:

Haustiere: keine

wenn doch, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden? ja nach Bedarf nein



Kochen / Essensvorbereitung

immer nach Bedarf nein

Waschen

immer nach Bedarf nein

Begleitung bei Arztbesuchen

immer nach Bedarf nein

Einkäufe

immer nach Bedarf nein

Bügeln

immer nach Bedarf nein

Gibt es eine Haushaltshilfe

immer nach Bedarf nein

Soll die Pflege- und Betreuungskraft die Wohnfläche reinigen?

nein ja, und zwar ca.: m²

Ist Nacharbeit zu verrichten?

keine gelegentlich ja

Wenn ja, in folgendem Umfang:

Wie kann die Pflege- und Betreuungskraft in der Nacht gerufen werden?

Rufen

Klingel

"Babyphone"

andere Möglichkeit, und zwar:

Welche weitere Hilfe benötigt die zu betreuende Person im Haushalt?

Abholung bei Anreise

Ist eine Abholung der Pflege- und Betreuungskraft möglich?

Bitte beachten Sie, dass die Anreise nur bis zum nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) im Tagessatz inbegriffen ist.

- Abholung persönlich vom nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) möglich
- Abholung durch Dritte (z.B. Bekannte oder Taxiunternehmen) vom nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) möglich
- keine Abholung möglich
- Anmerkungen

Soll eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden? ja nein

Wenn eine weitere Person gepflegt werden soll, bitte angeben:

Name:

Vorname:

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Größe: cm Gewicht: kg

Pflegegrad: keiner 1 2 3 4 5

Bemerkungen:

Welche weiteren Informationen sind Ihnen wichtig?

Wie sind Sie auf Vilena-Pflege zuhause aufmerksam geworden?

- Kooperationspartner von Vilena / Vergleichsportal Beratungsstelle / Pflegestützpunkt
- Hausarzt Medien Internet Mundpropaganda
- Sonstiges und zwar:

Weitere Anmerkungen:

Hinweise zum Datenschutz

- Wir sichern Ihnen zu, dass die von Ihnen gemachten Angaben vertraulich behandelt werden. Die Weitergabe an Dritte dient lediglich zur Sicherung der Erbringung der Leistung und ist nur im absolut notwendigen Ausmaß zulässig.
- Ja, ich bin einverstanden, dass die Vilena – Pflege zuhause GmbH über das Formular zur Bedarfsanalyse personenbezogene Daten (z. B. Name, E-Mail-Adresse, Telefonnummer) von mir erhebt, um mir die angefragten Informationen per Post, per E-Mail oder telefonisch zukommen lassen bzw. Angebote erstellen zu können.
- Ja, ich bin einverstanden, dass die Vilena – Pflege zuhause GmbH meine personenbezogenen Daten auch an Kooperationspartner (Dienstleistungserbringer) im EU-Ausland weitergibt, damit diese mir Personalvorschläge von Betreuungskräften bzw. Haushaltshilfen per Post, per E-Mail zukommen lassen können.

Ausführliche Informationen zum Datenschutz bei Vilena finden Sie unter: www.vilena.de/datenschutz.

Diese Bedarfsanalyse ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages. Wir weisen vorsorglich darauf hin, dass alle Änderungen an Vilena weiterzugeben sind. Unvollständige oder unrichtige Angaben können zu Mehrkosten und Vertragskündigung führen.

Hiermit bestätige ich den Eingangsfragebogen wahrheitsgemäß ausgefüllt zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

