



Betreuungsanalyse (1/24)

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 Tätigkei-
ten 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"/> Toilettenstuhl |
| 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"/> Toilettenstuhl
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: Frau Mann egal
 Alter: 20-30 ab 30 egal
 Sprachkenntnisse: gut kommunikativ gering
 Führerschein: ja nein egal
 Fahrzeug: Automatik Schaltgetriebe Marke/Modell _____
 Raucher: nur draußen nein Raucherhaushalt
 Kategorie: Betreuer/in mit Erfahrung Betreuer/in wenig Erfahrung

2. Rahmenbedingungen

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

Ausstattung des Zimmers der Betreuungskraft:

- Ausstattung: Bett Tisch Stuhl
 Schrank WLAN 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