

Zurück an:

Pro Domo A.M. Lührs GmbH&Co. KG  
Postweg 38  
27432 Heinschenwalde

oder [info@prodomo-betreuung.de](mailto:info@prodomo-betreuung.de)

Bedarfsanalysebogen

**I. Zu betreuende Person**

(eine oder zwei Personen im gemeinsamen Haushalt lebend:)

1. Name: ..... Vorname:..... Alter:.....

2. Name: ..... Vorname:..... Alter:.....

Straße, PLZ, Ort:.....

Telefon:..... Mobil:..... E-Mail:.....

**II. Auftraggeber (falls abweichend von Punkt I.)**

Name:..... Vorname:.....

Straße, PLZ, Ort:.....

Telefon:..... Mobil:..... E-Mail:.....

### III. Angaben zum Leistungsnehmer (die zu betreuende Person) und zum Haushalt

#### 1. Angehörige

leben im gemeinsamen Haushalt. Wenn ja wie viele Personen?.....  
.....

kommen zu Besuch. Wie oft?:.....

2. Haustiere vorhanden. Wenn ja welche?.....

3. Gewicht der zu pflegenden Person(en):.....kg

#### 4. Gesundheitsmerkmale: (bei zwei Personen, bitte P1 und/oder P2 daneben eintragen)

- |                                            |                                        |                                                             |
|--------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Demenz            | <input type="checkbox"/> MS-Patient    | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Speiseröhre       |
| <input type="checkbox"/> geistig behindert | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Dekubitus (Druckgeschwür)          |
| <input type="checkbox"/> gehbehindert      | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Stoma (Darmausgang/Urinausleitung) |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz       | <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung             |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit   | <input type="checkbox"/> Tumor         | <input type="checkbox"/> Parkinson                          |

Schlaganfall

sonstige Krankheiten, bitte erläutern:.....  
.....  
.....

5. Hobbies und Interessen der zu betreuenden Person(en).....  
.....  
.....

6. Überwachung in der Nacht  ja  nein

Wenn ja, wie sollte diese ablaufen?

.....  
.....  
.....

7 a. Nachtruhe

ungestört  gelegentlich gestört  oft erhebliche Unruhe  regelmäßig nächtliche Betreuung

7 b. Desorientierung

zur Zeit  zur Person  zum Ort

7 c.  Die betreute Person muss angehoben werden

Die betreute Person kann mithelfen

Es bestehen Hilfsmittel:  Hebegurt  Hebesitz  Patientenlift

andere:.....

8. Arbeit im Haushalt

Grundreinigung bei Eintreffen notwendig

Kochen (für wie viele Personen?):.....

Säubern

Bügeln

Waschen

Einkaufen

andere (bitte auflisten):.....

.....

Haus  Wohnung  Fläche zum Säubern halten:.....qm

Stadt, ca.....Einwohner/nächste größere Stadt:.....

Dorf, nächste größere Stadt:.....,.....km entfernt, erreichbar mit.....

Garten vorhanden  ja  nein falls ja, leichte Gartenarbeiten erwünscht:  ja  nein

#### IV. Anfallende Pflichten an die Betreuerin (außertypische Haushaltstätigkeiten)

1.tägliche Hilfe beim  Waschen  Ankleiden  Nahrungsaufnahme

leichte pflegerische Tätigkeiten:.....

spazieren gehen  mit Gehstock  mit Gehhilfe  im Rollstuhl

Aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele, Unterhaltung)

Wechseln der Windeln (bei Inkontinenz)

andere (bitte genau ausführen):.....

.....  
.....  
.....  
.....

#### 2. Kommunikationsfähigkeit der zu betreuenden Person

vollständig erhalten

eingeschränkt bezüglich  sehen  hören  sprechen  verstehen

#### V. Einsatz der Pflegedienste

es wird zurzeit kein Pflegedienst in Anspruch genommen.

Es finden bereits Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes statt.

Name des Pflegedienstes:.....

Name des behandelnden Arztes:.....

Ist der Patient schon einmal im Altersheim gewesen?  ja  nein

Name des Altersheims:.....

Wir raten dazu, derzeit eingesetzte hiesige Pflegedienste, soweit sie von Pflegeversicherungen entlohnt werden, auch weiterhin in Anspruch zu nehmen!

## VI. Pflegegrad

Die zu betreuende Person(en) wurde(n) in Pflegegrad  1       2       3

4       5

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung.

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Ort, Datum

Unterschrift

.....

.....