



Bedarfsanalyse zur Dienstleistung / Betreuung

Bitte unbedingt gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!

Angaben zur 1. hilfsbedürftigen Person:

Familie Vorname
 Frau
 Herr Nachname
 Wohnung Straße/HN Etage
 Haus
PLZ Ort
Nächste größere Stadt ↳ Einwohnerzahl ca.
Telefon / Fax

Geburtsdatum Größe cm Gewicht kg Raucher
 Nichtraucher
Pflegergrad | Pflegeversicherung | Kommunikation | Regelmäßige nächtliche Hilfe?
 kein Pfl.grad | privat | gut | nein | 1-2 Mal
 Pflegegrad 1 | gesetzlich | eingeschränkt | ja | 3 Mal oder mehr
 Pflegegrad 2
 Pflegegrad 3
 Pflegegrad 4
 Pflegegrad 5
 Pflegegrad 5

Sind Hilfsmittel vorhanden? ja nein Sind Windeln nötig? ja nein

Allgemeines Krankheitsbild

Andere Familienmitglieder im Haushalt

Braucht auch ein anderes Familienmitglied Hilfe? ja nein
 Frau Vorname Nachname
 Herr

Geburtsdatum Größe cm Gewicht kg Raucher
 Nichtraucher
Pflegergrad | Pflegeversicherung | Kommunikation | Regelmäßige nächtliche Hilfe?
 kein Pfl.grad | privat | gut | nein | 1-2 Mal
 Pflegegrad 1 | gesetzlich | eingeschränkt | ja | 3 Mal oder mehr
 Pflegegrad 2
 Pflegegrad 3
 Pflegegrad 4
 Pflegegrad 5

Sind Hilfsmittel vorhanden? ja nein Sind Windeln nötig? ja nein

Allgemeines Krankheitsbild

Angaben zur 1. hilfsbedürftigen Person:

Reaktivierende Maßnahmen (inkl. Planung und Organisation)

Spazieren gehen erforderlich: ja nein

Unterhaltung erforderlich: ja nein

Gymnastik erforderlich: ja nein

Tages- und Wochenabläufe (inkl. Planung und Organisation)

An- und Auskleiden erforderlich: ja nein

Hilfe beim Stehen/Gehen erforderlich: ja nein

Einkaufen v. Lebensmitteln erforderlich: ja nein

Nahrungszubereitung erforderlich: ja nein

Hilfe b. Nahrungsaufnahme erforderlich: ja nein

Hilfe beim Toilettengang erforderlich: ja nein

Hilfe bei der Körperhygiene erforderlich: ja nein

Hauswirtschaftliche Grundversorgung (inkl. Planung und Organisation)

Reinigung der Wohnung erforderlich: ja nein

Reinigung der Wäsche erforderlich: ja nein

Gartenpflege erforderlich: ja nein

Versorgung der Haustiere erforderlich: ja nein

Allergien:

Einschränkungen:

Besonderheiten
im Umgang:

Beliebte
Beschäftigung(en):

Weiterhin zusätzliche Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst ja nein

Wenn ja, Versorgung
welcher Art?

Angaben zur 2. hilfsbedürftigen Person:

Reaktivierende Maßnahmen (inkl. Planung und Organisation)

Spazieren gehen erforderlich: ja nein

Unterhaltung erforderlich: ja nein

Gymnastik erforderlich: ja nein

Tages- und Wochenabläufe (inkl. Planung und Organisation)

An- und Auskleiden erforderlich: ja nein

Hilfe beim Stehen/Gehen erforderlich: ja nein

Einkaufen v. Lebensmitteln erforderlich: ja nein

Nahrungszubereitung erforderlich: ja nein

Hilfe b. Nahrungsaufnahme erforderlich: ja nein

Hilfe beim Toilettengang erforderlich: ja nein

Hilfe bei der Körperhygiene erforderlich: ja nein

Hauswirtschaftliche Grundversorgung (inkl. Planung und Organisation)

Reinigung der Wohnung erforderlich: ja nein

Reinigung der Wäsche erforderlich: ja nein

Gartenpflege erforderlich: ja nein

Versorgung der Haustiere erforderlich: ja nein

Allergien:

Einschränkungen:

Besonderheiten
im Umgang:

Beliebte
Beschäftigung(en):

Weiterhin zusätzliche Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst ja nein

Wenn ja, Versorgung
welcher Art?

Anforderung an die Betreuung:

Die Betreuungsperson sollte sein: weiblich männlich

Wie alt sollte die Betreuungsperson sein? Ca. Jahre

Der Besitz eines Führerscheins ist notwendig: ja nein

Die Betreuungsperson wird gebraucht: tagsüber ganztags

Notwendige Deutschkenntnisse der Betreuungsperson: 1 2 3 4

Die Betreuungsperson darf rauchen: ja draußen nein

Besteht im Haushalt ein Internetanschluss: ja nein

Betreuungsperson soll medizinische Ausbildung (z.B. als Krankenschwester) haben: ja nein

Weitere
Anforderungen?

Hilfe wird benötigt ab:

Voraussichtl. Dauer des Einsatzes: bis zu 1 Monat bis zu 3 Monate auf unbestimmte Zeit



Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular
per Email an: **info@altenpflege-pfalz.de**
oder per Fax an: **06374 - 9149459**

oder per Post an:

Klaus Fuchs -

Vermittlung von Haushaltshilfen
Kingsbridgering 28
67685 Weilerbach

Telefon: 06374 - 9915502

Mobil: 0179 - 7912616

Telefax: 06374 - 9149459

E-Mail: info@altenpflege-pfalz.de