

Bedarfsanalyse

Bitte nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit und geben uns einen Einblick in die Situation vor Ort und Ihre Anforderungen an die Betreuungskraft. Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.



PERLE CARE 24
VERTRAUEN IN BETREUUNG

1. Angaben zur Kontaktperson

	Frau	Herr
Name _____	Telefon _____	
Vorname _____	E-Mail _____	
Straße, Nr. _____	Fax _____	
PLZ, Ort _____		

1. Angaben zum Patienten

	Frau	Herr
Name _____	Telefon _____	
Vorname _____	Größe _____	
Straße, Nr. _____	Alter _____	
PLZ, Ort _____	Gewicht _____	
Gewünschter Betreuungsbeginn:	In 1 Woche	In 2 Wochen
		Zum _____

3. Wohnsituation des Patienten

Mit wem lebt die zu betreuende Person zusammen?

Allein Ehepartner Wohngemeinschaft Angehöriger: _____

Muss eine weitere Person im Haushalt versorgt werden? (Wenn Ja, bitte zweiten Erfassungsbogen ausfüllen)

Ja Nur Hauswirtschaft Nein

Unterbringung der Betreuungskraft:

Einfamilienhaus	Mehrfamilienhaus	Wohnung	Sonstiges
Dorf	Kleinstadt	Großstadt	

Bei Dorf und Kleinstadt, bitte nächste

Großstadt und Entfernung angeben: _____

Ist das Badezimmer behindertengerecht?

Ja Nein

Wohnen Angehörige in der Nähe?

Ja Nein

Zimmerausstattung der Betreuungskraft:

eigenes Bad Tisch Schrank Radio TV PC

Internetanschluss:

vorhanden kann eingerichtet werden Nein, nicht möglich

Bedarfsanalyse



PERLE CARE 24
VERTRAUEN IN BETREUUNG

4. Medizinische Situation

Pflegegrad:

kein Pflegegrad Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Pflegegrad beantragt:

Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

Allergien	Depression	multiple Sklerose
Asthma	Diabetes	Osteoporose
Athrose	Diabetes (Insulinpflichtig)	Parkinson
Demenz (leicht)	Herzinfarkt	Rheuma
Demenz (mittel)	Herzinsuffizienz	Schlaganfall
Demenz (schwer)	Herzrhythmusstörung	Stoma (Anus praeter)
Dekubitus	Hypertonie	Tumor

Sonstige:

Bei Tumor-Erkrankung bitte hier genaue Form angeben

4.1 Mobilität

Ist die Person bettlägerig? Ja Nein

Wenn Ja, muss die Person gelagert werden? Ja Nein

Kann der Patient gehen?

uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Kann der Patient stehen?

uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Braucht der Patient Hilfe beim Transfer (bspw. in den Rollstuhl)?

Nein Unterstützung vollumfänglich

Braucht der Patient Hilfe beim Treppensteigen?

Nein Unterstützung vollumfänglich

Braucht der Patient Hilfe beim An-/Auskleiden?

Nein Unterstützung vollumfänglich

Vorhandene Hilfsmittel:

Gehstock	Patientenlift-	Dekubitusmat-
Rollator	er	ratze
Rollstuhl	Hublift	Treppenlift
Krücken	Hebegurt	Elektromobil

Bedarfsanalyse

4.2 Körperpflege

Benötigt der Patient Unterstützung bei der Körperpflege?

Duschen:	Nein	Unterstützung	Vollumfänglich
Intimpflege:	Nein	Unterstützung	Vollumfänglich
Mundpflege:	Nein	Unterstützung	Vollumfänglich
Handpflege:	Nein	Unterstützung	Vollumfänglich
Fußpflege:	Nein	Unterstützung	Vollumfänglich
Haarpflege:	Nein	Unterstützung	Vollumfänglich

Wird die Person im Bett gewaschen? Ja Nein

Inkontinenz? Ja Nein Urininkontinenz Stuhlinkontinenz

Chronische Durchfälle? Ja Nein

Vorhandene Hilfsmittel: Urinflasche

Blasenkatheter

Windeln

Suprapubischer Katheter

Inkontinenzvorlage

WC-Stuhl

Erhalten Sie Pflegehilfsmittel zum Verbrauch? (Desinfektionsmittel, Handschuhe usw.) Ja Nein

4.3 Kommunikation & Orientierung

Hören:	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Sehen:	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Sprechen:	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt

Anmerkungen

Zeitlich:	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Örtlich:	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Persönlich:	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt

Anmerkungen

Zeigt der Patient herausfordernde Verhaltensweisen? (bspw. Aggression) Ja Nein

Welche Wesenszüge beschreiben die Person

Wen ja welche?

Welche Interessen hat die betreute Person?

Vorhandene Hilfsmittel: Hörgerät Sehhilfe Taststock

Bedarfsanalyse



PERLE CARE 24
VERTRAUEN IN BETREUUNG

4.4 Ernährung

Benötigt der Patient Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme?

Nein Unterstützung vollumfänglich

Muss die Trinkmenge überwacht werden? Ja Nein

Leidet die Person an Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja Nein

Wird die Person über eine PEG-Sonde ernährt? Ja Nein

Besondere Kostform: _____

5. Anforderungen an die Betreuungskraft

Profil: Frau Mann egal

Welche Wünsche / Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

Sprachkenntnisse

Sehr gut
Sprechen &
Verstehen fließend

Gut
Einfache Gespräche
möglich

Befriedigend
Kommunikationsfähig

Ausreichend
einzelne Worte

Keine

Ist der Betreuungskraft das Rauchen gestattet?

Ja Nur im Freien Nein

6. Aufgaben der Betreuungskraft

Kochen

Bügeln

Freizeitgestaltung

Einkaufen

Pflege der Pflanzen

Arztbesuche

Wäsche waschen

Gemeinsame Spaziergänge

Medikamentengabe

Reinigen der Wohnung

Haustiere versorgen: _____
bitte hier genaues Haustier angeben

Sonstiges: _____

Einkaufsmöglichkeiten: Fußläufig Mit dem Auto Mit dem ÖPNV

Gibt es Aufgaben die von der Familie übernommen werden? (bspw. Einkäufe)

Nein Ja: _____

Besucht der Patient eine Tagespflegeeinrichtung? (Wenn Ja, wie häufig?)

Nein Ja: _____

Bedarfsana-



6.1. Nachteilsätze

Sind Nachteilsätze
erforderlich?

täglich
gelegentlich
nie

Leidet der Patient an
Schlafstörungen?

Nein
gelegentlich
häufig

Werden Schlafmittel
eingenommen?

Nein
gelegentlich
häufig

Welche Tätigkeiten fallen an und wie häufig pro Nacht?

Wie kann der Patient die Betreuungskraft nachts erreichen?

Hausnotruf Babyphon noch kein Hilfsmittel

Nachtruhe: Von _____ Uhr bis _____ Uhr

7. Schlussbemerkungen

In welchem Budgetrahmen dürfen wir Betreuungskräfte für Sie suchen?

Von _____ € bis _____ €

Wer unterzeichnet ggf. den Vertrag?

Patient Kontaktperson _____

Wie möchten Sie Rückantwort erhalten?

E-Mail Telefon Post Fax

Wünschen Sie sich einen bestimmten Ansprechpartner?

Nein Ja: _____

Haben Sie noch Fragen oder möchten uns etwas mitteilen?

Wie sind Sie auf PerleCare24 aufmerksam geworden?

Familie / Bekannte Internetsuche E-Mail
Pflegedienst Sanitätshaus Postwurfsendung

Sonstiges: _____

Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt und ausschließlich zur Angebotserstellung an die Betreuungskräfte weitergeleitet. Bitte senden Sie dieses Formular per E-Mail an uns zurück. Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten gespeichert und maschinell verarbeitet werden. Weiterhin versichere ich, dass die persönlichen Daten korrekt und vollständig sind. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur weiteren Bearbeitung von **PerleCare24** Sp. z o.o. kontaktiert zu werden. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen.

Ich bestätige, dass obige Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden / Bevollmächtigten

Bedarfsanalyse



Einwilligung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weiterleitung ihrer Daten durch PerleCare24 Sp. z o.o.

Für unsere Dienstleistung im Rahmen der Vermittlung einer Pflegekraft erfolgt die Erhebung und Verarbeitung folgender personenbezogener Daten:

- Name, Adresse der Vertragspartei des Kunden
- Telefonnummer
- E-Mail-Adresse
- Name, Adresse der zu pflegenden Person
- Informationen zum Pflegebedarf der zu pflegenden Person

1. Speicherung und Verarbeitung

Die vorstehenden Daten werden auf dem Server von PerleCare24 Sp. z o.o. gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. PerleCare24 Sp. z o.o. versichert, dass die von uns durchgeführte elektronische Datenverarbeitung auf der Grundlage geltender Gesetze gilt. Darüber hinaus benötigt es für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Kunden. Eine automatische Löschung erfolgt nach Beendigung des Vertragsverhältnisses hinsichtlich der Vermittlung der Pflegekraft, wenn der Kunde dies wünscht, insbesondere bei Kündigung des Vermittlungsvertrages. In jedem Fall spätestens sechs Monate nachdem der Vertrag über die Pflege beendet wird.

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber PerleCare24 Sp. z o.o. um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der PerleCare24 Sp. z o.o. die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail an PerleCare24 Sp. z o.o. übermitteln.

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden / Bevollmächtigten