

unverbindlicher Analysebogen (Druckversion)

Bei Zustandekommen eines Dienstleistungsvertrages dient der Analysebogen als Leistungsbeschreibung des Dienstleisters und ist Bestandteil des Vertrages.

1. ALLGEMEINE ANGABEN

KONTAKTPERSON	HILFSBEDÜRFTIGE PERSON
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Adresse:	Adresse:
Straße:	Straße:
Hausnummer:	Hausnummer:
Postleitzahl (PLZ):	Postleitzahl (PLZ):
Ort:	Ort:
E-Mail:	E-Mail:
Telefonnummer (Privat):	Telefonnummer (Privat):
Telefonnummer (Büro):	Telefonnummer (Mobil):
Telefonnummer (Mobil):	Fax:
Fax:	Gewicht:
	Größe:
Verwandtschaftsgrad zwischen zu Betreuendem und Kontaktperson:	Wohnt der Patient alleine?

Wann können wir Sie am besten erreichen:

- jederzeit in der Zeit von bis Uhr hauptsächlich mittags hauptsächlich abends

Betreuung soll stattfinden:

- schnellstmöglich noch ungewiss oder ab dem.....

2. FOLGENDE KRANKHEITEN LIEGEN VOR

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Schlaganfall
○ re ○ li
<input type="checkbox"/> Osteoporose
○ beginnend
○ fortgeschritten
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung
<input type="checkbox"/> Hauterkrankung
○ in Behandlung (z.B.: Salben)
○ unbehandelt | <input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer
○ Erinnerung eingeschränkt
○ Desorientierung
○ motorische Unruhe
○ Weglauftendenz
○ Aggressive Phasen
<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> sonstige Krankheiten
..... | <input type="checkbox"/> Parkinson
○ beginnend
○ fortgeschritten
<input type="checkbox"/> Diabetes
○ insulinpflichtig
○ medikamentös eingest
<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheiten
..... |
|---|--|--|

3. FOLGENDE EINSCHRÄNKUNGEN LIEGEN VOR

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> sonstige Einschränkungen |
| Vorhanden ist/sind
○ Inkontinenzeinlagen
○ Seniorenwindeln
○ Katheter | ○ künstl. Darmausgang | ○ Mobilisierung mgl.
○ Mobilisierung nicht mgl. | ○ Gehbehinderung
○ Hörbeeinträchtigung
○ Sehbehinderung |
| Orientierung | | | |
| Zeitlich: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Örtlich: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Persönlich: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Sprache | | | |
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme_ | |
| <u>Vorhandene Hilfsmittel:</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Badewannenlift |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Brille |

4. ZUSATZINFORMATIONEN

Sonstige Besonderheiten im Umgang mit dem zu Betreuenden: (z.B.: ungeduldig, ängstlich, ruhig, etc.)

.....
.....

Interessen/Hobbys des zu Betreuenden:

.....
.....

Pflegegrade:

- keine 1 2 3 4 5

Pflegegrad.....beantragt

Erfolgt z. Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst:

- ja nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden:

- ja nein

Welche Personen / Dienste werden weiterhin zur Unterstützung in Anspruch genommen:

- Putzhilfe Gärtner Essen auf Rädern weitere.....

5. BETREUUNGSAUFGABEN

- Konversation, Unterstützung bei Freizeitgestaltung und Hobbys
- Mobilitätsunterstützung
- Lagern im Bett oder Rollstuhl
- Begleitung zu Arztbesuchen

	SELBSTSTÄNDIG	TEILWEISE SELBSTSTÄNDIG	VOLLSTÄNDIG UNTERSTÜTZUNG
Nahrungsaufnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettengänge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baden/Duschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppensteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ein-/Durchschlafen

kein Problem sporadische Störungen Schlaf-wach-Rhythmus gestört

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf:

1 mal 2 – 3 mal mehr als 3 mal

Bekommt Schlafmittel: ja nein

Wohnen noch andere Personen im Haushalt außer der bereits genannten zu Betreuenden:

ja, Name und Verhältnis zu Betreuenden..... nein

Soll diese auch mitversorgt werden:

ja (Füllen Sie bitte entsprechend einen weiteren Analysebogen - Punkte 1 bis 6, aus) nein

6. HAUSWIRTSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN

	NICHT NÖTIG	NUR UNTERSTÜTZUNG	KOMPLETTE ÜBERNAHME
Einkaufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kochen, Essenzubereitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reinigung der Wohneinheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wäscheversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Botengänge (z.B. Rezepte holen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leichte Gartentätigkeit (z.B. Laub, Schnee kehren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Versorgung von Pflanzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kost:

- Normal Diabetes Vollwert vegetarisch Sonderkost

Liebblingslebensmittel und -getränke:.....

Haustiere

- keine wenn ja, welche:.....

Sollen die Haustiere mitversorgt werden: ja nach Bedarf nein

7. BESCHREIBUNG DER WOHSITUATION

Lage

- Großstadt - zentral Großstadt – abgelegen Kleinstadt Dorf ländlich

Falls ländlich Entfernung zur nächst größeren Stadt:.....(km)

Wohneinheit

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung sonstige:.....

Wieviel qm (ca.):.....

Garten vorhanden: ja nein

Einkaufsmöglichkeit

- Einkäufe werden von der Seniorenhilfe übernommen
 Einkäufe werden von Angehörigen, Nachbarn etc. übernommen

Einkaufsmöglichkeit zu Fuß

- ca. 10 min. ca. 20 min. ca. 40 min. 1 Stunde länger als 1 Stunde

Verkehrsmittel zur Einkaufsmöglichkeit

- mit Fahrrad mit Bus/Bahn mit Auto oder länger als 1 Stunde

8. UNTERKUNFT FÜR DIE SENIORENHILFE

Zimmergröße: ca.qm

Ausstattung:

- separates WC sep. Bad sep. Küche TV Radio/Musikanlage

Zusatzinformation zur Unterkunft:.....

Darf die Seniorenhilfe das Haustelesfon für private Telefonate nutzen:

- nein
- ja, aber die Kosten trägt die Seniorenhilfe
- ja, wir übernehmen die Kosten bis max. _____ Euro im Monat

Besteht ein Internetzugang, den die Seniorenhilfe nutzen kann:

- nein
- ja, ein Gastzugang ist eingerichtet

9. ANFORDERUNGEN AN DIE SENIORENHILFE

Geschlecht:

- weibliche Seniorenhilfe
- männlich Seniorenhilfe
- irrelevant

Alter:

- egal
- bis 35
- 35-45
- 45-55
- 55+

Nichtraucher:

- ja, unbedingt
- Rauchen nur draußen möglich
- egal

Führerschein:

- ja, mit Fahrpraxis
- nicht nötig

Gewünschte Konstitution und/oder Charaktereigenschaften (z.B.: kräftig, geduldig, ruhig, selbstbewusst, etc.)

.....
.....

Deutschkenntnisse:

- gute Kenntnisse (problemloses Verstehen und Sprechen)
- einfache Grundkenntnisse reichen aus (ausreichendes Verstehen, Sprechen in Worten)

10. WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN

- durch Empfehlung
- Name oder Institution.....
- Internet
- Suchmaschine oder Anzeige.....
- weiß nicht mehr

11. UNTERSCHRIFT

- Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass der Seniorenhilfe.Club die in diesem Analysebogen enthaltenen persönlichen Daten zur Kontaktperson, bzw. zum Betreuenden im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet.
- Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unvollständige oder unrichtige Angaben können zu Mehrkosten führen.

Unterschrift/Datum:.....