

Datum

Bedarfsanalyse 24h Pflege

Kundenaufnahme

Name des zu Betreuenden

Adresse

Lage

Einwohnerzahl:

Einkaufsladen in der Nähe:

ja

nein

Entfernung zum Laden:

Kontaktdaten

Telefon:

E-Mail:

Mobil:

Beginn

sofort

von

Dauer

unbegrenzt

bis

Pflegegrad

2

3

4

5

Wohnsituation

Haus

Wohnung

Balkon für Mitarbeiter

eigener TV für MA

eigenes Bad für MA

Internet

Wohnen Sie alleine?

ja

nein

Mit wem?

Allgemeines zur Person

Alter

Größe

Gewicht

Mann

Frau

Sprachen

Diagnostizierte Krankheiten

Mobilitätszustand

ohne Hilfe

mit Stock/Rollator

nur unter Begleitung

nur stehen

nur wenige Schritte

nur im Rollstuhl

bettlägrig

Ausscheidung

selbstständig

Toilettenstuhl

Windelhosen

Katheter

Puffi

mit Hilfe zur Toilette

Urinflasche

Urininkontinenz

Stuhlinkontinenz

selbstständig

zubereiten

Schluckbeschwerden

Diabetikerkost

PEG-Sonde, Nasensonde

Behandlungspflege

Sonden

Katheter

Verbände

Injektionen

Tablettengabe

Thrombosestrümpfe

Sonstiges

Demenz

Demenz

Alzheimer

Schwere der Demenz

leicht

mittel

schwer

aggressiv

Allergien

ja

nein

Welche?

Ansteckende Krankheiten

Nachts Hilfe notwendig

schläft durch

1 x pro Nacht

2 x pro Nacht

3 x pro Nacht

Haustiere

nein

ja

Welche und wieviele?

Führerschein notwendig

ja

nein

Raucher erlaubt?

ja

nein

Sonstiges