

# Pflegebedarfsanalyse

## I. Allgemeine Informationen

### Angaben zur Kontaktperson

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße/Nr.:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>		

### Angaben Patient(en)

	Patient 1		Patient 2
Name:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>	Geb. Datum:	<input type="text"/>
Gewicht/ Größe:	<input type="text"/>	Gewicht/ Größe:	<input type="text"/>

### Anschrift Patient(en)

Straße/Nr.:	<input type="text"/>		
PLZ/Ort:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>

## 1. Diagnosen/Krankheitsbilder

Patient 1

- |                                                |                                            |                                                    |                                        |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall          | <input type="checkbox"/> Osteoporose       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt               | <input type="checkbox"/> Gehschwäche   |
| <input type="checkbox"/> Asthma                | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde         | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen     | <input type="checkbox"/> Inkontinenz   |
| <input type="checkbox"/> Parkinson             | <input type="checkbox"/> Allergien         | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz          | <input type="checkbox"/> Alzheimer     |
| <input type="checkbox"/> Depressionen          | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Rheuma                    | <input type="checkbox"/> Stoma         |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz     | <input type="checkbox"/> Demenz            | <input type="checkbox"/> Krebs                     | <input type="checkbox"/> Dekubitus     |
| <input type="checkbox"/> chronischer Durchfall | <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Diabetes/insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:             |                                            |                                                    |                                        |

## 2. Pflegegrad

- |                                 |                    |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                 |                    | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| <input type="checkbox"/> keinen | Falls ja, welchen: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                 | Beantragt:         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 3. Pflegedienst

Erfolgt eine Versorgung durch den Pflegedienst?  ja  nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst weiter genutzt werden?  ja  nein

Wird eine Tagespflege-Einrichtung besucht?  ja  nein

## 4. Einschränkungen im Gesundheitszustand

- |                       |                                        |                                            |                                               |                                      |
|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|
| Sprache:              | <input type="checkbox"/> keine         | <input type="checkbox"/> leichte           | <input type="checkbox"/> massive Probleme     |                                      |
| Hörvermögen:          | <input type="checkbox"/> keine         | <input type="checkbox"/> leichte           | <input type="checkbox"/> massive Probleme     | <input type="checkbox"/> Hörgerät    |
| Sehkraft:             | <input type="checkbox"/> keine         | <input type="checkbox"/> leichte           | <input type="checkbox"/> massive Probleme     | <input type="checkbox"/> Brille      |
| Hilfsmittel:          | <input type="checkbox"/> Rollstuhl     | <input type="checkbox"/> Rollator/Gehstock | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl       |                                      |
|                       | <input type="checkbox"/> Duschstuhl    | <input type="checkbox"/> Pflegebett        | <input type="checkbox"/> Hebe-/Bettenlift     |                                      |
| Bewegung:             | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> bettlägerig          |                                      |
| Treppen:              | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> nicht möglich        | <input type="checkbox"/> Treppenlift |
| Transfer Bett/Sessel: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> anheben erforderlich |                                      |
| Geistiger Zustand:    | <input type="checkbox"/> klar          | <input type="checkbox"/> teilnahmslos      | <input type="checkbox"/> verwirrt             |                                      |
| Toilette:             | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> Einlagen/Windeln     |                                      |
| Körperpflege:         | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe   |                                      |
| An-/Auskleiden:       | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe   |                                      |
| Essen/Trinken:        | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe   |                                      |

## 5. Ein-/Durchschlafen

- keine Probleme  sporadische Störungen  dauerhafte Störungen

Wie oft steht der Patient nachts auf?

Ist die Hilfe der Betreuungskraft erforderlich?  ja  nein  teilweise

## 1. Diagnosen/Krankheitsbilder

Patient 2

- |                                                |                                            |                                                    |                                        |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall          | <input type="checkbox"/> Osteoporose       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt               | <input type="checkbox"/> Gehschwäche   |
| <input type="checkbox"/> Asthma                | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde         | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen     | <input type="checkbox"/> Inkontinenz   |
| <input type="checkbox"/> Parkinson             | <input type="checkbox"/> Allergien         | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz          | <input type="checkbox"/> Alzheimer     |
| <input type="checkbox"/> Depressionen          | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Rheuma                    | <input type="checkbox"/> Stoma         |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz     | <input type="checkbox"/> Demenz            | <input type="checkbox"/> Krebs                     | <input type="checkbox"/> Dekubitus     |
| <input type="checkbox"/> chronischer Durchfall | <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Diabetes/insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:             |                                            |                                                    |                                        |

## 2. Pflegegrad

- |                                 |                    |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                 |                    | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| <input type="checkbox"/> keinen | Falls ja, welchen: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                 | Beantragt:         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 3. Pflegedienst

Erfolgt eine Versorgung durch den Pflegedienst?  ja  nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst weiter genutzt werden?  ja  nein

Wird eine Tagespflege-Einrichtung besucht?  ja  nein

## 4. Einschränkungen im Gesundheitszustand

- |                       |                                        |                                            |                                               |                                      |
|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|
| Sprache:              | <input type="checkbox"/> keine         | <input type="checkbox"/> leichte           | <input type="checkbox"/> massive Probleme     |                                      |
| Hörvermögen:          | <input type="checkbox"/> keine         | <input type="checkbox"/> leichte           | <input type="checkbox"/> massive Probleme     | <input type="checkbox"/> Hörgerät    |
| Sehkraft:             | <input type="checkbox"/> keine         | <input type="checkbox"/> leichte           | <input type="checkbox"/> massive Probleme     | <input type="checkbox"/> Brille      |
| Hilfsmittel:          | <input type="checkbox"/> Rollstuhl     | <input type="checkbox"/> Rollator/Gehstock | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl       |                                      |
|                       | <input type="checkbox"/> Duschstuhl    | <input type="checkbox"/> Pflegebett        | <input type="checkbox"/> Hebe-/Bettenlift     |                                      |
| Bewegung:             | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> bettlägerig          |                                      |
| Treppen:              | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> nicht möglich        | <input type="checkbox"/> Treppenlift |
| Transfer Bett/Sessel: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> anheben erforderlich |                                      |
| Geistiger Zustand:    | <input type="checkbox"/> klar          | <input type="checkbox"/> teilnahmslos      | <input type="checkbox"/> verwirrt             |                                      |
| Toilette:             | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> Einlagen/Windeln     |                                      |
| Körperpflege:         | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe   |                                      |
| An-/Auskleiden:       | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe   |                                      |
| Essen/Trinken:        | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe         | <input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe   |                                      |

## 5. Ein-/Durchschlafen

- keine Probleme  sporadische Störungen  dauerhafte Störungen

Wie oft steht der Patient nachts auf?

Ist die Hilfe der Betreuungskraft erforderlich?  ja  nein  teilweise

## II. Anforderungen an das Personal und Bedingungen vor Ort

### 1. Anforderungen an das Personal

- Geschlecht:  Frau  Mann  egal
- Alter:  20-35  35-50  50+  egal
- Deutschkenntnisse\*:  Note 1 (C1/C2)  Note 2 (B2)  Note 3/4 (B1/A2)  Note 5 (A1)
- \* gemäß europäischem Referenzrahmen für Sprachen
- Führerschein:  ja  egal
- Raucher:  egal  nein  nur draußen

### 2. Bedingungen vor Ort

- Wohnort:  Stadt  Gemeinde  Dorf
- Lage:  zentral  zentrumsnah  ländlich
- Wohnen:  Einfamilienhaus Größe in m<sup>2</sup>:   Wohnung Größe in m<sup>2</sup>:
- Einkaufsmöglichkeiten
- zu Fuß, Min.:   mit dem Bus, Min.:   nur mit dem Auto möglich
- Patient wohnt alleine  Patient wohnt mit Ehe-/Lebenspartner
- Nichtraucherhaushalt: ja  nein
- Haustiere: ja  nein  wenn ja, welche Art von Haustier(en)?:

#### Ausstattung für die Betreuungskraft:

- Anzahl Zimmer:  Gesamtfläche in m<sup>2</sup>:
- Bett  Tisch  Schrank  eigenes Bad
- TV  Internet/WLAN
- Telefon  Telefon Flatrate ins Ausland

### 3. Bemerkungen

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

### III. Aufgaben im Haushalt

#### Grundversorgung

- Körperhygiene       Inkontinenzversorgung       Hilfe bei der Nahrungsaufnahme  
 Hilfe bei Toilettengängen

#### Aktivierende Versorgung

- An- und Auskleiden       Hilfestellung beim Bewegungsablauf       Lagern im Bett

#### Hauswirtschaftliche Versorgung

- Kochen       Waschen/Bügeln       Reinigung des Wohnbereichs\*  
 Einkaufen       Zimmerpflanzenpflege       Haustierversorgung

\* ausgenommen sind: Gartenarbeiten, Winterdienst, Fensterreinigung

#### Freizeitaktivitäten

- Unterhalten       Spaziergänge       Gesellschaftsspiele spielen  
 Ausflüge       Vorlesen       Begleitung bei Arztbesuchen

### IV. Rahmenbedingungen

1. Wann soll die Betreuung beginnen?

2. Wer wird der Vertragspartner?

- Kontaktperson       Patient

### V. Einwilligungserklärung/Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Daten, die ich in dieser Pflegebedarfsanalyse eingetragen habe, einschließlich der Daten über meine Gesundheit, von der Firma Rogalla Pflegevermittlung24 zum Zweck der Vermittlung und Anbahnung eines Dienstleistungsvertrages mit einem osteuropäischen Kooperationspartner zum Einsatz einer ausländischen Betreuungsperson erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass sämtliche Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten, von der Firma Rogalla Pflegevermittlung24 an die Kooperationspartner mit Sitz in Osteuropa, die sich der Einhaltung der EU-DSGVO verpflichtet haben, weitergegeben und dort ebenfalls zum Zweck der Anbahnung und Erfüllung eines Dienstleistungsvertrages verarbeitet und genutzt werden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Daten der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) unterliegen.

Des Weiteren bin ich darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, allerdings mit der Folge, dass die Firma Rogalla Pflegevermittlung24 in dem Fall nicht für mich tätig werden kann und somit die Vermittlung eines Dienstleistungsvertrages nicht möglich ist. Zudem wurde ich auf mein Recht hingewiesen, dass meine Daten geändert, korrigiert, gesperrt, gelöscht oder eingeschränkt verarbeitet werden können, sofern keine gesetzlichen Regelungen, wie die Aufbewahrungspflicht, dem widersprechen. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Datentransfer und das Recht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen.

Meine Widerrufserklärung kann ich jederzeit an folgende Email-Adresse richten: [welcome@rogalla-pflegevermittlung24.de](mailto:welcome@rogalla-pflegevermittlung24.de)

Sofern ich Daten in dieser Pflegebedarfsanalyse eingetragen habe, die nicht allein meine Person betreffen, versichere ich, dass ich von dieser Person bzw. gesetzlichen Vertreter zur Abgabe dieser Einwilligungserklärung bevollmächtigt bin.

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Die Daten der Pflegebedarfsanalyse werden absolut vertraulich behandelt und nur zum Zwecke der Vermittlung und der daraus resultierenden Betreuung verwendet. Die Pflegebedarfsanalyse ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages, sofern er zustande kommt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift