

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

- keinen Falls ja, welchen: 1 2 3 4 5
- Beantragt:

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. Schlafverhalten

Nachruhe von ca. bis ca.

Wie oft steht der Patient nachts auf?

Ist die Hilfe der Betreuungskraft erforderlich? ja nein

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

- keinen Falls ja, welchen: 1 2 3 4 5
- Beantragt:

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. Schlafverhalten

Nachruhe von ca. bis ca.

Wie oft steht der Patient nachts auf?

Ist die Hilfe der Betreuungskraft erforderlich? ja nein

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 2 (B2) Note 3 (B1) Note 4 (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 m²: Wohnung Größe in m²:
 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 m²:
 Schrank Sitzecke eigenes WC eigenes Bad
 TV Internet/WLAN
 Balkon eigener Wohnbereich

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

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