

Bedarfsermittlungsbogen

Email: info@lichtblickpflege24.de

Fax: 0 5206 - 927 98 67

Tel.: 0 5206 - 705 19 11 oder 0 5206 - 705 19 14

1. Rahmendaten und persönliche Angaben

Angaben zur Kontaktperson

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>	Hausnummer:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
E-Mail Adresse:	<input type="text"/>		
Beziehung zur pflegebedürftigen Person:	<input type="text"/>		

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>	Hausnummer:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Größe:	<input type="text"/>	Gewicht:	<input type="text"/>
Wohnt die Person alleine?:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
wenn ja:	Verwandtschaftsverhältnis:	<input type="text"/>	
	Pflegegrad:	<input type="text"/>	

2. Pflegeeinstufung und gesundheitlicher Zustand

Pflegegrad

Seit wann?

- 1 2 3 4 5 Ohne Beantragt am

Ambulanter Pflegedienst

Erfolgt aktuell eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst? Ja Nein

Erhält die Person bereits Betreuungsdienstleistungen? Ja Nein

Medizinische Angaben

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Demenz (beginnend) | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Parkinson | |
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | | |

Pflegebudget in Höhe von vorhanden

Ansteckende Krankheiten

Sind ansteckende Krankheiten vorhanden (z.B. MRSA): Ja Nein

Falls ja, dann welche:

Kommunikations- und Wahrnehmungsprobleme

Hörvermögen:

Sehkraft:

Sprache:

Hilfsmittel:

Motorische Einschränkungen

Bewegung: selbständig mit Unterstützung

Rollstuhl bettlägerig

Treppensteigen: selbständig mit Unterstützung

nicht möglich

Hilfsmittel:

Charakter und Wesen der/des pflegebedürftigen

3. Aufgaben der Betreuungskraft

Haustiere

nein ja (welches? wie groß?)

Haustierversorgung erwünscht? nach Bedarf ja nein

Welche Aufgaben sollen übernommen werden?

Haushalt:

Betreuung:

Sonstiges:

Begleitung zum Toilettengang:

Charakter und Wesen des gewünschten Alltagsbegleiters

4. Zeitpunkt und Dauer

Zu wann brauchen Sie Ihren Alltagsbegleiter?

schnellstmöglich

zum:

Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind.

Datenschutz

Wir respektieren und schützen Ihre Privatsphäre. Die LichtblickPflege24 wird personenbezogene Daten nur zum Zweck der Bearbeitung Ihrer Anfrage und ggf. im Rahmen einer nachfolgenden Vermittlungsbetreuung verwenden. Sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen, werden personenbezogene Daten bei gegebener Inaktivität von uns gelöscht. Selbstverständlich können Sie die Löschung Ihrer Daten auch jederzeit durch persönliche, schriftliche oder fernmündliche Kontaktaufnahme mit uns verlangen oder einfach über eine formlose Mitteilung an: info@lichtblickpflege24.de

Bestätigung

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die LichtblickPflege24 die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen persönlichen Daten zur Kontaktperson bzw. zum Hilfsbedürftigen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Soweit es für die Bearbeitung meiner Anfrage notwendig ist, gibt die LichtblickPflege24 diese Daten an Vertragspartner weiter, die diese Daten benötigen, um einen Personalvorschlag bzw. ein Vertragsangebot zur Unterstützung des Hilfsbedürftigen zu unterbreiten.

- Ich versichere zur Angabe und Weiterleitung der hier genannten Daten befugt zu sein.
- Ich bestätige, dass die zuvor genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift