

Anforderungsprofil

für eine 24 Stunden Betreuung



1. Allgemeine Angaben der zu betreuenden Person

Name
Vorname
Adresse

Geburtsdatum

--

Telefon (Festnetz)
E-Mail

Mobiltelefon

--

Lebt die zu betreuende Person allein ? ja nein

2. Allgemeine Angaben zur Kontaktperson

Name
Vorname
Adresse

Mobiltelefon

--

Telefon (Festnetz)
E-Mail

3. Wichtige Telefonnummern

Name	Vorname	Telefonnummer	Mobiltelefon	Bezug: Tochter, Sohn, etc.

4. Hausarzt

Name
Vorname
Adresse

Mobiltelefon

--

Telefon (Festnetz)
E-Mail

5. Pflegedienst

Name
Adresse

Nicht vorhanden

Mobiltelefon

--

Telefon (Festnetz)
E-Mail

6. Bekannte Diagnosen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Diabetis |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Diabetis Insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> C2H5OH |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

7. Pflegestufe

Pflegegrad _____ Pflegegrad _____ beantragt Kein Pflegegrad

8. Aktuelle Therapien:

- Keine Krankengymnastik Logopädie Sonstige: _____

9. Tätigkeiten des Pflegedienstes

Wie oft kommt der Pflegedienst ?

Welche Leistungen erbringt der Pflegedienst ?

Soll der Pflegedienst weiter in Anspruch genommen werden ?

Wenn ja, in welchem Umfang ?

10. Angaben über die zu betreuenden Person

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Nichtraucher: Raucher: Gelegenheitsraucher: Raucher im Haushalt:

Sprache: Keine Probleme Sprachstörungen kann nicht mehr sprechen

Gehör: hört gut hört schlecht ist taub **Hörgerät?** ja nein

Sehen: sieht gut sieht schlecht ist blind **Brille ?** ja nein

Orientierung: **zeitlich** vorhanden zeitweise vorhanden nicht mehr vorhanden

örtlich vorhanden zeitweise vorhanden nicht mehr vorhanden

persönlich vorhanden zeitweise vorhanden nicht mehr vorhanden

Bewegung: selbstständig selbstständig mit Hilfsmitteln mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl

bettlägerig

Hilfsmittel Rollator Gehstock Unterarmstützen Rollstuhl

Treppensteigen: selbstständig selbstständig mit Hilfsmitteln mit Unterstützung nicht möglich

Hilfsmittel Fahrstuhl Treppenlift Rampe

Transfer Bett/Rollstuhl: selbstständig hilft mit kompletter Hilfebedarf bettlägerig, kein Transfer

Transferhilfsmittel: Pflegebett Lifter Antidekubitusmatratze Rollator Rollstuhl

Baden/ Duschen: selbstständig hilft mit kompletter Hilfebedarf **Wie oft?** mal wöchentlich

Hilfsmittel für Baden/ Duschen:

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterstützung
Körperpflege: Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothesenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß/ Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haare waschen: täglich mal pro Woche nur durch Frisör

Ausscheidung: **Urin** kontinent teilweise kontinent inkontinent

Stuhl kontinent teilweise kontinent inkontinent

Hilfsmittel: Windeln Vorlagen Urinflasche Katheter
 suprabubischer Katheter Sonstige:

Schlafen: keine Probleme sporadisch gelegentlich Probleme Schlaf-/Wachrythmus gestört

Wie oft steht der Patient nachts auf?

Bekannte Gründe? **Schlafmittel?**

An-/auskleiden: selbstständig benötigt Hilfe komplette Unterstützung erforderlich

Essen/Trinken: selbstständig benötigt Hilfe (z.B. schneiden) komplette Unterstützung erforderlich

Kau-/Schluckstörungen: keine Kaustörungen Schluckstörungen PEG Sonde Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät: Nein Ja **Wenn ja, welche?**

11. Gewohnheiten und Hobbys der zu betreuenden Person

12. Wie ist die zu betreuende Person vom Wesen und Charakter?

(kurze Beschreibung)

13. Tagesstruktur des zu betreuenden Person

Wecken: Uhr ausschlafen lassen

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

14. Anforderungen/Erwartungen an die Betreuungskräfte

Geschlecht: Frau Mann keine Festlegung **Alter:** von bis Jahre

Deutsche Sprachkenntnisse: sehr gut gut Grundkenntnisse ohne Bedeutung

Qualifikation: Diplomierte Krankenschwester Altenpfleger/In mit Erfahrung Altenpfleger/In keine Auswahl

Führerschein: nicht erforderlich erforderlich Fahrpraxis in Deutschland

Nichtraucher: **Gelegenheitsraucher:** **Raucher:**

15. Rahmenbedingungen für die Betreuungskräfte

Lage der Wohnung: Großstadt, zentral Großstadt, Randbereich Kleinstadt Dorf ländlich

Wohnsituation: Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Einkaufsmöglichkeiten: Minuten Fußweg mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Zimmerausstattung für den Mitarbeiter: Bett Tisch Schrank Radio TV eigenes Bad

Zimmergröße: ca. qm Internetzugang möglich

Arbeitspensum: ca. 6 Std. ca. 8 Std. ca. 10 Std. **Betreuung pro Tag**

Nachteinsätze: nein ab und zu häufig jede Nacht

Freizeitregelung: 2 Stunden pro Tag 1-1,5 Tage pro Woche nach Absprache

Dauer des Einsatzes: 1 Monat 2-3 Monate mehr als 3 Monate

16. Einsatzgebiete der Betreuungskräfte

Haustiere vorhanden: ja nein **Wenn ja, welche?**

Mitversorgung der Haustiere: ja nein teilweise

Essenvorbereitung: ja nein teilweise **Kochen:** ja nein teilweise

Wäsche waschen: ja nein teilweise **Bügeln:** ja nein teilweise

Arztbesuchbegleitung: ja nein teilweise **Einkaufen:** ja nein teilweise

Gibt es eine Haushaltshilfe?

Welche weitere Hilfe benötigt der zu Betreuende im Haushalt?

(z.B. Garten, Winterdienst, etc.)

17. Zusätzliche Informationen

StS-Betreuungshilfe 24 UG

Geschäftsführerin Stefanie Sassenberg
Teichstraße 16

31675 Bückeburg
Tel 05722/2880882

info@sts-betreuungshilfe24.de

Ust-ID: DE 280061935
Amtsgericht Stadthagen

© by StS-Betreuungshilfe 24 UG