

# Anforderungsprofil

## für eine 24 Stunden Betreuung



### 1. Allgemeine Angaben der zu betreuenden Person

Name	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	Geburtsdatum	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>	
Vorname				<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
Adresse				<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
Telefon (Festnetz)	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	Mobiltelefon	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div>	
E-Mail	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>			

Lebt die zu betreuende Person allein ? ☐ ja ☐ nein

### 2. Allgemeine Angaben zur Kontaktperson

Name	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	Mobiltelefon	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div>	
Vorname				<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
Adresse				<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
Telefon (Festnetz)	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	Mobiltelefon	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div>	
E-Mail	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>			

### 3. Wichtige Telefonnummern

Name	Vorname	Telefonnummer	Mobiltelefon	Bezug: Tochter, Sohn, etc.
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>

### 4. Hausarzt

Name	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	Mobiltelefon	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div>	
Vorname				<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
Adresse				<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
Telefon (Festnetz)	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	Mobiltelefon	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div>	
E-Mail	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>			

### 5. Pflegedienst

Name	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden	
Adresse			<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
Telefon (Festnetz)			<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
E-Mail	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	Mobiltelefon	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div>

## 6. Bekannte Diagnosen

- ☐ Altersbedingte Gehschwäche  
☐ Schlaganfall   
☐ Herzrhythmusstörungen  
☐ Herzinsuffizienz  
☐ Hypertonie  
☐ Herzinfarkt  
☐ Asthma  
☐ Dekubitus

- ☐ Osteoporose  
☐ Rheuma  
☐ Stoma  
☐ Inkontinenz  
☐ Beginnende Demenz  
☐ Demenz  
☐ Alzheimer  
☐ Parkinson

- ☐ Depression  
☐ Multiple Sklerose  
☐ Diabetis  
☐ Diabetis Insulinpflichtig  
☐ Allergien  
☐ C2H5OH  
☐ Tumor  
☐ 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 betreuende 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
<b>Körperpflege:</b>				
<b>Gesicht</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Oberkörper</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mundpflege</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Prothesenpflege</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gesäß/ Beine</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Intimpflege</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Haare kämmen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Haare waschen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rasieren</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Handpflege</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fußpflege</b>	<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 ☐ Kastörungen ☐ 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](mailto:info@sts-betreuungshilfe24.de)

Ust-ID: DE 280061935

Amtsgericht Stadthagen

© by StS-Betreuungshilfe 24 UG