

Datum

Bedarfsanalyse 24h Pflege

Kundenaufnahme

Name des zu Betreuenden			
Adresse			
Lage	Einwohnerzahl: <input type="text"/>	Einkaufsladen in der Nähe:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Entfernung zum Laden: <input type="text"/>		
Kontaktdaten	Telefon: <input type="text"/>	E-Mail: <input type="text"/>	
	Mobil: <input type="text"/>		
Beginn	<input type="radio"/> sofort	von	<input type="text"/>
Dauer	<input type="radio"/> unbegrenzt	bis	<input type="text"/>
Pflegegrad	<input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5		
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Balkon für Mitarbeiter		
	<input type="checkbox"/> eigener TV für MA <input type="checkbox"/> eigenes Bad für MA <input type="checkbox"/> Internet		
Wohnen Sie alleine?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Mit wem?	<input type="text"/>
Allgemeines zur Person	Alter <input type="text"/>	Größe <input type="text"/>	Gewicht <input type="text"/>
	<input type="radio"/> Mann <input type="radio"/> Frau	Sprachen	<input type="text"/>
Diagnostizierte Krankheiten	<input type="text"/>		
Mobilitätszustand	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe <input type="checkbox"/> mit Stock/Rollator <input type="checkbox"/> nur unter Begleitung		
	<input type="checkbox"/> nur stehen <input type="checkbox"/> nur wenige Schritte <input type="checkbox"/> nur im Rollstuhl		
	<input type="checkbox"/> bettlägrig		
Ausscheidung	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Windelhosen		
	<input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> Puffi <input type="checkbox"/> mit Hilfe zur Toilette		
	<input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Urininkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz		
Nahrung	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> zubereiten <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden		
	<input type="checkbox"/> Diabetikerkost <input type="checkbox"/> PEG-Sonde, Nasensonde		
Behandlungspflege	<input type="checkbox"/> Sonden <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> Verbände		
	<input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> Tablettengabe <input type="checkbox"/> Thrombosestrümpfe		
	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="text"/>	
Demenz	<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Alzheimer		
Schwere der Demenz	<input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schwer <input type="radio"/> aggressiv		
Allergien	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Welche?	<input type="text"/>
Ansteckende Krankheiten	<input type="text"/>		
Nachts Hilfe notwendig	<input type="radio"/> schläft durch <input type="radio"/> 1 x pro Nacht <input type="radio"/> 2 x pro Nacht <input type="radio"/> 3 x pro Nacht		
Haustiere	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Welche und wieviele?	<input type="text"/>
Führerschein notwendig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Raucher erlaubt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Sonstiges	<input type="text"/>		