



Bedarfsanalyse zur Angebotserstellung

Bitte füllen Sie den Bogen so vollständig wie möglich aus – je genauer Ihre Angaben, desto passender das Betreuungsangebot. Alle Felder sind direkt am Bildschirm ausfüllbar. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt.

0 Datenschutz-Aufklärung & Einwilligung

Verantwortlich für diese Erhebung: aaltia care24 – Alexander Sohl, Karlstrasse 9, 37281 Wanfried, beratung@aaltia-care24.de. Die Angaben in diesem Bogen – einschließlich Gesundheitsdaten der zu betreuenden Person – nutzen wir ausschließlich, um Ihre Anfrage zu verstehen, ein passgenaues Betreuungsangebot zu entwickeln und geeignete Betreuungskräfte auszuwählen. Rechtsgrundlage ist Ihre Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a sowie Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Empfänger sind nur die für die Vermittlung erforderlichen Partneragenturen und Dienstleister. Ihre Daten werden nur so lange gespeichert, wie es für diese Zwecke nötig ist oder bis Sie Ihre Einwilligung widerrufen; gesetzliche Aufbewahrungsfristen bleiben bestehen. Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit, Widerspruch und Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde. Widerrufe und Fragen zum Datenschutz richten Sie bitte an beratung@aaltia-care24.de.

- ☐ Ich willige ein, dass aaltia care24 meine in diesem Bogen angegebenen personenbezogenen Daten – einschließlich Gesundheitsdaten der zu betreuenden Person – zur Beratung, Angebotserstellung und Vermittlung einer Betreuungskraft verarbeitet und an hierfür eingesetzte Partneragenturen weitergibt. (erforderlich)
- ☐ Ich bin nicht selbst die zu betreuende Person und handle mit deren Einverständnis bzw. auf Grundlage einer Vollmacht/Betreuung. Ich versichere, die betroffene Person informiert zu haben.
- ☐ Optional: Ich möchte per E-Mail oder Telefon Informationen zu Betreuung, Kosten und Zuschüssen erhalten.

Profile von Betreuungskräften enthalten personenbezogene Daten (z. B. Name, Alter, Erfahrung, Foto). Diese dürfen ausschließlich zur Auswahl einer Betreuungskraft genutzt und nach Abschluss nicht weiterverwendet werden. Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

Ort

Datum

Unterschrift

1 Ansprechpartner

Anrede

☐ Frau

☐ Herr

Titel

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

E-Mail

Verhältnis zur zu betreuenden Person

☐ zu betr. Person

☐ Tochter

☐ Sohn

☐ Ehepartner/in

☐ Schwester

☐ Bruder

☐ Schwiegertochter

☐ Schwiegersohn

☐ Enkel/in

☐ gesetzl. Betreuer/in



2 Zu betreuende Person

Titel Vorname Nachname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ Ort

Telefonnummer E-Mail Größe (cm) Gewicht (kg)

Krankenkasse Versichertennummer

Pflegegrad

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
☐ 5 ☐ keiner ☐ Ersteinstuung beantragt

Höherstuung beantragt? ☐ ja ☐ nein

Weitere Person im Haushalt

Lebt eine weitere Person im Haushalt? ☐ ja ☐ nein

Vorname, Nachname Familienzugehörigkeit

Geschlecht dieser Person

☐ Frau ☐ Herr

Ist diese Person ebenfalls betreuungsbedürftig? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte einen eigenen Bogen ausfüllen.

Hauptgrund für die Betreuung

Gewünschter Beginn

☐ sofort ☐ ab Datum

Startdatum

3 Gesundheitsstatus - körperlich

Nervensystem

☐ Alzheimer ☐ Demenz ☐ Multiple Sklerose ☐ Polyneuropathie
☐ ALS ☐ Parkinson ☐ Epilepsie ☐ Andere



Herz-Kreislauf-System

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ niedriger Blutdruck | ☐ Schlaganfall | ☐ Herzinsuffizienz |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Herz-OP | ☐ Rhythmusstörung | ☐ Andere |

Magen-Darm-Trakt & Stoffwechsel

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| ☐ Morbus Crohn | ☐ Diabetes | ☐ Diabetes mit Insulin | ☐ Niereninsuffizienz |
| ☐ Dialyse | ☐ Gastrostoma | ☐ chron. Durchfall | ☐ Andere |

Bewegungsapparat

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Arthritis | ☐ Arthrose | ☐ Rheuma | ☐ Gehschwäche |
| ☐ Osteoporose | ☐ Andere | | |

Atemwege

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Asthma | ☐ COPD | ☐ Beatmung | ☐ Tracheostoma |
| ☐ Andere | | | |

Ansteckende Krankheiten?

- ☐ ja ☐ nein

Sonstiges

- ☐ Dekubitus ☐ Krebs ☐ Palliativversorgung

Dekubitus – Stelle / Größe

Krebs – Diagnose

NUR Erinnerung an Medikamenteneinnahme nötig?

- ☐ ja ☐ nein

Weitere Informationen zum körperlichen Zustand

4 Gesundheitsstatus - geistig

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|--|--|
| Erinnerungsvermögen | ☐ gut | ☐ eingeschränkt | ☐ nicht vorhanden |
| Personenbezogene Orientierung | ☐ gut | ☐ eingeschränkt | ☐ nicht vorhanden |
| Örtliche Orientierung | ☐ gut | ☐ eingeschränkt | ☐ nicht vorhanden |
| Situative Orientierung | ☐ gut | ☐ eingeschränkt | ☐ nicht vorhanden |
| Zeitliche Orientierung | ☐ gut | ☐ eingeschränkt | ☐ nicht vorhanden |

Mentaler Zustand (Mehrfachnennung möglich)

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| ☐ aggressiv | ☐ ängstlich | ☐ anspruchsvoll | ☐ apathisch |
| ☐ aufgeschlossen | ☐ bestimmend | ☐ cholerisch | ☐ depressiv |
| ☐ freundlich | ☐ gereizt | ☐ innere Unruhe | ☐ instabil |
| ☐ launisch | ☐ skeptisch | ☐ teilnahmslos | ☐ vergesslich |
| ☐ Weglauftendenz | | | |



Weitere Informationen zum geistigen Zustand

5 Kommunikation

Kann Bedürfnisse des Alltags mitteilen?

☐ ja

☐ nein

Dialekt

Weitere Sprache(n)

Sprechen

☐ gut

☐ eingeschränkt

☐ unmöglich

Beschreibung

Hören

☐ gut

☐ eingeschränkt

☐ unmöglich

Sehen

☐ gut

☐ eingeschränkt

☐ unmöglich

Weitere Informationen zur Kommunikation

6 Inkontinenz

Vorliegende Situation

☐ Urostoma

☐ Darmstoma

☐ Harninkontinenz

☐ Stuhlinkontinenz

Versorgung

☐ Windeln

☐ Einlagen

Anzahl der Wechsel pro Tag (circa)

Toilettengang

☐ eigenständig

☐ Unterstützung

☐ unfähig

Beschreibung

Vorhandene Hilfsmittel

☐ Toilettensstuhl

☐ Urinflasche

☐ Bettpfanne

7 Mobilität

Wie mobil ist die zu betreuende Person?

☐ uneingeschränkt mobil

☐ Rollator / Gehstock

☐ rollstuhlfähig m. Kraftunterst.

☐ rollstuhlfähig

☐ bettlägerig

Sitzen

☐ eigenständig

☐ Unterstützung

☐ unfähig

Beschreibung

Stehen

☐ eigenständig

☐ Unterstützung

☐ unfähig



Gehen	☐ eigenständig	☐ Unterstützung	☐ unfähig	
Aufstehen / Sitzen im Stuhl	☐ eigenständig	☐ Unterstützung	☐ unfähig	
Treppensteigen	☐ eigenständig	☐ Unterstützung	☐ unfähig	
Umbetten / Umsetzen	☐ eigenständig	☐ Unterstützung	☐ unfähig	
Bewegung im Bett	☐ eigenständig	☐ Unterstützung	☐ unfähig	
Sturzrisiko?	☐ ja ☐ nein			

Beschreibung Sturzrisiko

Vorhandene Hilfsmittel

☐ Rollator	☐ Gehstock	☐ Rollstuhl	☐ Pflegebett
☐ Bettlifter	☐ Badlifter	☐ Treppenlifter	☐ Anti-Dekubitus-Matratze

8 Hygiene

	☐ eigenständig	☐ Unterstützung	☐ unfähig	Beschreibung
Duschen / Baden	☐	☐	☐	
Mundhygiene / Prothesen	☐	☐	☐	
Rasieren	☐	☐	☐	
Nagel- / Fußpflege	☐	☐	☐	
Haarpflege	☐	☐	☐	
Waschen am Waschbecken	☐	☐	☐	
Waschen im Bett	☐	☐	☐	
Intimpflege	☐	☐	☐	
An- / Auskleiden	☐	☐	☐	
Auswahl der Kleidung	☐	☐	☐	

Vorhandene Hilfsmittel

☐ Duschhocker	☐ Duschstuhl	☐ Handgriffe	☐ Wannenhilfen
--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

Weitere Informationen zur Hygiene



9 Essen & Trinken

				Beschreibung
Vorbereitung der Mahlzeiten	☐ eigenständig	☐ Unterstützung	☐ unfähig	
Nahrungsaufnahme	☐ eigenständig	☐ Unterstützung	☐ unfähig	
Trinken	☐ eigenständig	☐ Unterstützung	☐ unfähig	
Allergien / Unverträglichkeiten?	☐ ja		☐ nein	
Wenn ja, welche?				

Ernährungsstatus

☐ normal ☐ Untergewicht ☐ Übergewicht ☐ starkes Übergewicht

Diät / Ernährungsplan? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Diät bzw. welcher Plan?

Kau- / Schluckbeschwerden? ☐ ja ☐ nein

PEG-Sonde? ☐ ja ☐ nein

Vorlieben / Abneigungen

10 Tagesstruktur

Schlafrhythmus von (Uhr) bis (Uhr)

Aufwecken erwünscht? ☐ ja ☐ nein

Aufwecken um (Uhr)

Zubettbringen erwünscht? ☐ ja ☐ nein

Zubettbringen um (Uhr)

Schlafstörungen? ☐ ja ☐ nein

Beschreibung der Schlafstörungen

Nachteinsätze

☐ nein ☐ selten ☐ 1-2 pro Nacht ☐ mehr als 2 pro Nacht



Welche Tätigkeiten sind nachts notwendig?

Medikamente?

☐ ja☐ nein

Wenn ja, welche Medikamente?

Hilferuf durch

☐ Klingel

☐ Babyphone

☐ Hausnotruf / Telefon

Tagesablauf

Morgens (6:00–10:00 Uhr)

Vormittags (10:00–14:00 Uhr)

Mittags & Nachmittags (14:00–18:00 Uhr)

Abends (18:00–22:00 Uhr)

Nachts (22:00–6:00 Uhr)

11 Externe Dienstleistungen

Beteiligte Dienstleistungen

☐ Angehörige

☐ Nachbarschaftshilfe

☐ Pflegedienst

☐ Tagespflege

☐ Nachtpflege

☐ Physiotherapeut

☐ Ergotherapeut

☐ Podologe / Fußpflege

☐ Reinigungsservice

☐ Andere

Welche externen Dienstleistungen werden weitergeführt?

Welche Tätigkeiten werden von wem übernommen und wie häufig?

Pflegedienst vorhanden?

☐ ja☐ nein



Name Agentur

Ansprechpartner

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Hausarzt vorhanden?

☐ ja☐ nein

Name Praxis

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

12 Wunsch-Anforderungen an die Betreuungsperson

Geschlecht

☐ weiblich☐ männlich☐ egal

Führerschein

☐ ja☐ nein

Deutschkenntnisse

☐ A0 (keine)☐ A1 (Grund)☐ A2 (mittel)☐ B1 (gut)☐ B2 (sehr gut)

Darf die Betreuungskraft rauchen?

☐ ja, nur draußen☐ nein

Gewünschte Haushaltstätigkeiten durch die Betreuungskraft

☐ Arztbesuche☐ Behördengänge☐ Freizeitgestaltung☐ Aufräumen☐ Blumen gießen☐ Kochen☐ Ausflüge☐ Bügeln☐ Sauber machen

Weitere Haushaltstätigkeiten

Vorhandene Haushaltsgeräte

☐ Geschirrspüler☐ Waschmaschine☐ Bügelbrett / Bügeleisen

Wer übernimmt das Einkaufen?

☐ Betreuungskraft☐ Betreuungskraft + Patient☐ Familie oder Bekannte☐ Pflegedienst (Einkaufsservice)☐ online bestellt



Wie sind die Einkaufsmöglichkeiten erreichbar?

- | | |
|--|---|
| ☐ zu Fuß (max. 10 Min.) | ☐ per Fahrrad (max. 10 Min.) |
| ☐ öffentl. Verkehrsmittel | ☐ nur mit dem Auto |

Wie wird die Finanzierung der Einkäufe geregelt?

Höhe des Wochenbudgets (mind. 80 EUR)

Sonstige Wunsch-Anforderungen an die Betreuungsperson

13 Zuhause, Fahrzeuge & Haustiere

Wohnform

- | | |
|--|----------------------------------|
| ☐ Einfamilienhaus | ☐ Wohnung |
|--|----------------------------------|

Wohnfläche (qm)

davon zu reinigen (qm)

Aufzug vorhanden?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Internet vorhanden?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Separates Bad für die Betreuungskraft?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Separate Wohnung / eigenes Zimmer?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Umgebung

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ ländlich | ☐ städtisch |
|-----------------------------------|------------------------------------|

Fahrzeuge im Haushalt

- | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|
| ☐ PKW | ☐ Fahrrad | ☐ E-Bike | ☐ öffentl. Verkehr |
|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|

PKW-Modell

Getriebe

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ Automatik | ☐ Gangschaltung |
|------------------------------------|--|

Freizeitregelung der Betreuungskraft

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ 1 Tag/Woche | ☐ 2 Tage/Woche | ☐ 2 halbe Tage/Woche |
| ☐ mehrere Std. täglich | ☐ nicht vereinbart | |

Wie wird die Betreuung während der Freizeit überbrückt?



Haustier(e)

☐ Katze

☐ großer Hund

☐ kleiner Hund

☐ Vogel

☐ Sonstige

Weitere Informationen zum Haustier

Was ist Ihnen bei der Betreuung besonders wichtig? Offene Fragen an uns?

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben sowie die eingangs erteilten Einwilligungen.

Ort

Datum

Unterschrift