



Strukturierte Informationssammlung (SIS®) Erfassungsbogen und Bedarfsanalyse für den Pflegekunden

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Angehörige,

wir freuen uns, Sie in Zukunft in Ihrer häuslichen Umgebung versorgen und unterstützen zu dürfen. Wenn Sie zufrieden sind und wir Ihre Vorstellungen umsetzen können, schätzen wir uns glücklich.

Hierfür ist es erforderlich, dass wir Sie kennen lernen. Alle Schwerpunkte möchten wir einheitlich erfassen.

Nachfolgend bitten wir Sie, sich allen Fragestellungen zu widmen. Die Fragen richten sich ausschließlich an den pflegebedürftigen Kunden. Nehmen Sie sich genügend Zeit und besprechen die Punkte mit allen Familienangehörigen.

Name der pflegebedürftigen Person / Pflegekunde

Geburtsdatum

ausgefüllt vom Kunden / Angehöriger / Betreuer

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

Wie nehmen Sie die aktuelle Situation wahr. Wie ist Ihre Sichtweise der derzeitigen Situation. Welche Vorstellungen haben Sie über den Hilfebedarf. Was sind Ihre individuellen Wünsche und Erwartungen an AiP, an die Versorgung. Welche Gedanken haben Sie, was sich ändern soll. Bestehen evtl. Ängste, Befindlichkeiten?

Persönliche Daten

Diagnosen	<input type="checkbox"/> beginnende Demenz <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) <input type="checkbox"/> Gehschwäche / Sturzgefahr <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Arthrose* <input type="checkbox"/> Medikamente z. Blutverdünnung <input type="checkbox"/> Trinkprobleme	<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Stoma/künstl.Darmausg. <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson <input type="checkbox"/> Allergien* <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Essensprobleme	<input type="checkbox"/> Morbus Alzheimer <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung* <input type="checkbox"/> Amputation* <input type="checkbox"/> Augenerkrankung* <input type="checkbox"/> _____
* Zusätzliche Angaben			
Ist MRSA bekannt	Ja Nein	Andere Infektion bekannt?	Ja Nein
Körpergewicht	Körpergröße		
Ambulanter Pflegedienst vor Ort	Ist aktuell ein Pflegedienst beauftragt: Ja Nein	Falls Ja, wie oft kommen die PK pro Tag	Soll der PD auch zukünftig beauftragt werden? Ja Nein
	Welche Aufgaben verrichten die Pflege-/Betreuungskräfte		

Lebenssituation der zu betreuenden Person

Gibt es eine Haushaltshilfe?	Falls ja, wie oft in der Woche?	Für welche Aufgaben?
Lebt die zu betreuende Person alleine im Haushalt?	Ja Nein, wir bitten Sie um nachfolgende Angaben*	



Strukturierte Informationssammlung (SIS®)

Erfassungsbogen und Bedarfsanalyse für den Pflegekunden

2. Person / Name		Vorname	
Geburtsdatum		Verhältnis	<input type="checkbox"/> (Ehe)Partner <input type="checkbox"/> _____
Wie möchten Sie das Miteinander im Alltag vereinbaren?		die weitere Person im Haushalt unterstützt im Bereich Betreuung, hauswirtschaftlicher Versorgung es wird mit erledigt: _____	
Falls dies zutreffen sollte, bitten wir Sie, auch für die weitere Person eine Bedarfsanalyse auszufüllen		die hauswirtschaftliche Mitversorgung der weiteren Person im Haushalt wird gewünscht es wird mit erledigt: _____ kann nicht erledigt werden: _____	
		es besteht Betreuungs-/Versorgungsbedarf für o.g. / weitere Person im Haushalt	
Zusätzliche Angaben			
* leben weitere Personen im Haushalt, bitten wir Sie darum, diese mit anzugeben			

Mobilität											
Hilfsmittel im Alltag vorhanden	... <input type="checkbox"/>	Gehstock	<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	Duschstuhl/-hocker	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Treppenlift	<input type="checkbox"/>	Patientenlifter	<input type="checkbox"/>	Badewannenlifter	<input type="checkbox"/>	elektr. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	Pflegebett	<input type="checkbox"/>	Anti-Dekubitus-Matratze	<input type="checkbox"/>	_____					
		selbständig		Überwiegend selbständig		Überwiegend unselbständig		unselbständig			
Nutzt Hilfsmittel											
Positionswechsel im Bett											
Halten einer stabilen Sitzposition											
Umsetzen											
Fortbewegen innerhalb der Wohnung											
Treppensteigen											
Zusätzliche Angaben											

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten									
Hilfsmittel im Alltag	... <input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>	Hörgeräte	<input type="checkbox"/>				
		Fähigkeit vorhanden / unbeeinträchtigt		Fähigkeit größtenteils vorhanden		Fähigkeit in geringem Maße vorhanden		Fähigkeit nicht vorhanden	
Nutzt Hilfsmittel									
Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld									
Örtliche Orientierung									
Zeitliche Orientierung									
Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen									
Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen									
Treffen von Entscheidungen im Alltag									



Strukturierte Informationssammlung (SIS®) Erfassungsbogen und Bedarfsanalyse für den Pflegekunden

Verstehen von Sachverhalten und Informationen				
Erkennen von Gefahren und Risiken				
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen				
Verstehen von Aufforderungen				
Beteiligung an einem Gespräch				
Zusätzliche Angaben				

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen				
	Nie oder sehr selten	Selten (1x – 3x innerhalb 2 Wochen)	Häufig (2x - mehrmals wtl., nicht täglich)	täglich
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten				
Nächtliche Unruhe				
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten				
Beschädigen von Gegenständen				
Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen				
Verbale Aggression				
Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten				
Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen				
Wahnvorstellungen				
Ängste				
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage				
Sozial inadäquate Verhaltensweisen				
Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen				
Zusätzliche Angaben				

Selbstversorgung				
Hilfsmittel im Alltag ... <input type="checkbox"/> Vorlagen <input type="checkbox"/> Windeln <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Inkontinenzhose/Pants <input type="checkbox"/> Katheter/SBK				
Regelmäßige Verdauung / Stuhlgang ... <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Neigung zu Verstopfung <input type="checkbox"/> Neigung zu Durchfall				
	selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
Waschen des vorderen Oberkörpers				
Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)				



Strukturierte Informationssammlung (SIS®)

Erfassungsbogen und Bedarfsanalyse für den Pflegekunden

Waschen des Intimbereichs				
Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare				
An- und Auskleiden des Oberkörpers				
An- und Auskleiden des Unterkörpers				
Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken				
Essen				
Trinken				
Kau- und Schluckstörungen	Ja	nein		
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls				
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma				
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma				
Ernährung parenteral oder über Sonde	Keine, nicht täglich oder nicht auf Dauer	Täglich, zusätzlich zu oraler Nahrung	ausschließlich oder nahezu ausschließlich	
Zusätzliche Angaben				

Bewältigung und (selbständiger) Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen ... (bitte Anzahl der Maßnahmen erfassen)				
	entfällt oder selbständig	pro Tag	pro Woche	pro Monat
Medikation				
Injektionen (subcutan oder intramuskulär)				
Versorgung intravenöser Zugänge (Port)				
Absaugen und Sauerstoffgabe				
Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen				
Messung und Deutung von Körperzuständen				
Körpernahe Hilfsmittel				
Verbandswechsel und Wundversorgung				
Versorgung mit Stoma				
Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden				
Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung				
Wenn Therapiemaßnahmen, welche?	<input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Dialyse			
Arztbesuche	<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Augenarzt _____ <input type="checkbox"/> _____			
Wenn (Fach-)Arztbesuche, wie oft?				



Strukturierte Informationssammlung (SIS®) Erfassungsbogen und Bedarfsanalyse für den Pflegekunden

Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)				
Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)				
Einhaltung e. Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
Wenn Kostform / Diät benötigt, was genau				
Zusätzliche Angaben				

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte				
	selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen				
Sich beschäftigen				
Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen				
Interaktion mit Personen im direkten Kontakt				
Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds				
Ruhen und Schlafen				
Schlafmedikament? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann				
Einschlafen und Durchschlafen <input type="checkbox"/> Problemlos <input type="checkbox"/> Sporadische Störungen <input type="checkbox"/> Tag-Nacht-Rhythmus gestört				
Aufstehen in der Nacht, Toilettengang <input type="checkbox"/> Problemlos <input type="checkbox"/> Sporadische Störungen				
Nachteinsätze/Hilfestellung <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Sporadisch - Wie häufig? Zu welchen Uhrzeiten?				
Zusätzliche Angaben				

Anforderungen an die Mitarbeiterin und Rahmenbedingungen			
Profil der Betreuungskraft	männlich	weiblich	egal
Rauchen gestattet?	im Haus	Im Freien	nein
Führerschein erforderlich	nein	wünschenswert	erforderlich
Zusätzliche Angaben			

Haushalt und Wohnsituation			
Wohnung, Zimmer	Einfamilienhaus	DHH / Reihenhaus	Mehrfamilienhaus
Balkon / Terrasse	Garten		
Stadt - zentral	Stadt - Rand	Dorf - zentral Dorf - Rand	abgelegen/Alleinlage



Strukturierte Informationssammlung (SIS®)

Erfassungsbogen und Bedarfsanalyse für den Pflegekunden

Wohnsituation B.-Kraft	Eigene Wohnung	Eigenes Zimmer	<input type="checkbox"/> gleiche Etage wie Kunde
Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft	<input type="checkbox"/> eigenes Bad <input type="checkbox"/> Internet / WLAN-Anschl <input type="checkbox"/> Balkon / Terrasse	<input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Internet beantragt <input type="checkbox"/> Gartenmitbenutzung	<input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Telefonflatrate Heimatl. <input type="checkbox"/> Familienanschluss
Einkaufsmöglichkeiten vor Ort (zu Fuß erreichbar)	<input type="checkbox"/> ca. ¼ Std. <input type="checkbox"/> Fahrrad vor Ort	<input type="checkbox"/> ca. ½ Std. <input type="checkbox"/> Bus, Auto nötig	<input type="checkbox"/> mehr als ½ Std. <input type="checkbox"/> erledigt Familie
Steht Auto zur Verfügung	Ja Nein	Handschaltg. Automatik	Marke _____
Anschluss an öffentliche Verkehrsmittel	Nächste Haltestelle (in Richtung, Entfernung)		
Haustiere	keine	wenn ja, welche, Name _____	
Sollen diese Tiere mitversorgt werden?	ja	nach Bedarf	nein
Raucherhaushalt	Ja Nein		
Zusätzliche Angaben			

Nähere Informationen, Interessen, Tagesgestaltung des Kunden			
Interessensgebiete/Hobby	<input type="checkbox"/> Politik / Tagesgeschehen <input type="checkbox"/> Kirche / Gottesdienst <input type="checkbox"/> Familie / Freunde <input type="checkbox"/> TV / Musik <input type="checkbox"/> Lesen <input type="checkbox"/> Garten / Gartenarbeit <input type="checkbox"/> Kochen <input type="checkbox"/> Familie / Freunde <input type="checkbox"/> Spaziergänge / Natur <input type="checkbox"/> _____		
Regelm. Außenaktivitäten			
Frühere berufl. Tätigkeit			
Lieblingessen Schmeckt gar nicht	_____		
Lieblingsgetränke Schmeckt gar nicht	_____		
Wesen und Charakter			
Jetzige Versorgungssituation	<input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> sonst. private Kraft <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Agentur/24-Std.Kraft <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Krankenhaus / Reha <input type="checkbox"/> Pflegeheim		
durch Dritte zukünftig weitere Leistungen vorgesehen			
Zusätzliche Angaben			

Möglichkeiten der Freizeitregelung
<input type="checkbox"/> ... können wir (Familie) regelmäßig gewährleisten <input type="checkbox"/> ... wir bitten AiP um Unterstützung / Beratung <input type="checkbox"/> ... können wir (Familie) teilweise gewährleisten
Welche Entlastung / Freizeitregelung / Ersatzabsprachen kann von Ihrer Familie geleistet / angeboten werden?

Strukturierte Informationssammlung (SIS®) Erfassungsbogen und Bedarfsanalyse für den Pflegekunden

Freies Kommentarfeld für Anmerkungen, Vorstellungen, Wünsche, Anregungen

Je genauer und umfangreicher Ihre Angaben sind, desto besser können wir uns auf Ihre Vorstellungen einstellen.

Ich habe die Angaben nach bestem Wissen und aktuellem Kenntnisstand erteilt. Den aktuellen MD-Bericht bzw. Arzt-/Klinikberichte stelle ich zur Verfügung, sofern noch nicht geschehen.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde / Beauftragter / Bevollmächtigter

[Vor- und Zuname in Blockbuchstaben]



Bitte beachten Sie, dass diese Selbstauskunft digitalisiert
und das Papierdokument datenschutzkonform vernichtet wird!