**BEDARFSANALYSE – Betreuung, Assistenz & Versorgung zuhause**

SFG CARE

Für junge Erwachsene, Erwachsene und Senioren | stundenweise Betreuung bis 24-Stunden-Versorgung

**Ziel:** Diese Bedarfsanalyse dient dazu, die Versorgungssituation, Risiken, Wünsche und Rahmenbedingungen möglichst klar zu erfassen, damit SFG Care ein passendes Betreuungskonzept und ein geeignetes Personalprofil erstellen kann.

Aufbau angelehnt an die sechs Module des Neuen Begutachtungsassessments (NBA, § 15 SGB XI) und die Risikoeinschätzung nach den DNQP-Expertenstandards.

## 1. Kontaktdaten & Einsatz

| | |
|---|---|
| **Leistungsempfänger/in** | Name, Vorname: _____<br>Geburtsdatum: _____ |
| **Anschrift** | Straße/Nr.: _____<br>PLZ/Ort: _____ |
| **Kontakt** | Telefon: _____ E-Mail: _____ |
| **Kontaktperson** | Name/Verwandtschaftsgrad: _____<br>Telefon/E-Mail: _____<br>☐ Bevollmächtigte/r ☐ gesetzliche/r Betreuer/in |
| **Beginn** | ☐ Fixtermin: _____ ☐ circa: _____ |
| **Voraussichtliche Dauer** | ☐ vorübergehend ☐ mehrere Wochen ☐ mehrere Monate ☐ dauerhaft |
| **Gewünschter Umfang** | ☐ stundenweise ☐ Tagesbetreuung ☐ Nachtbetreuung ☐ 24-Stunden-Versorgung |
| **Pflegegrad** | ☐ keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5<br>☐ beantragt ☐ Höherstufung beantragt ☐ Bescheid/Gutachten liegt vor |
| **Kostenträger** | ☐ privat ☐ Pflegekasse ☐ private Krankenversicherung<br>☐ Unfallversicherung/BG ☐ Reha-/Assistenzträger ☐ sonstige: _____ |
| **Leistungen der Pflegekasse** | ☐ Pflegegeld ☐ Pflegesachleistung ☐ Kombinationsleistung<br>☐ Entlastungsbetrag ☐ Verhinderungs-/Kurzzeitpflege (gemeinsamer Jahresbetrag) |

| |
|---|
| *Eigene Erkenntnisse / Notizen:* |

## 2. Wohn- & Versorgungssituation

| | |
|---|---|
| **Haushalt** | ☐ lebt allein ☐ mit Partner/in ☐ mit Angehörigen ☐ sonstige |

| | |
|---|---|
| **Wohnform** | ☐ Wohnung ☐ Einfamilienhaus ☐ Mehrfamilienhaus ☐ barrierefrei<br>ca. _____ m² ☐ Wohnraumanpassung erforderlich |
| **Pflegende Angehörige** | ☐ keine ☐ ja, Umfang: _____<br>☐ Entlastungsbedarf der Angehörigen |
| **Weitere Dienste** | ☐ Pflegedienst ☐ Tagespflege ☐ Therapie ☐ Haushaltshilfe ☐ keine |
| **Aufgaben externer Dienste** | _____ |
| **Haustiere** | ☐ nein ☐ ja: _____ ☐ Mitversorgung gewünscht |

| |
|---|
| *Eigene Erkenntnisse / Notizen:* |

## 3. Gesundheitliche Situation

| | |
|---|---|
| **Diagnosen / wichtige medizinische Angaben** | _____<br>_____ |
| **Neurologisch** | ☐ Demenz ☐ Parkinson ☐ Schlaganfall ☐ MS ☐ Querschnitt/Lähmung ☐ andere |
| **Körperlich / chronisch** | ☐ Herz-/Kreislauf ☐ COPD/Atemwege ☐ Diabetes ☐ Nierenerkrankung ☐ Krebs ☐ Osteoporose/Rheuma |
| **Psychisch / sozial** | ☐ Angst/Belastung ☐ Depression ☐ Einsamkeit ☐ Suchterkrankung ☐ andere |
| **Aktuelle Situation** | ☐ nach Krankenhaus/Reha ☐ palliativ ☐ stabil ☐ schwankend/verschlechtert |
| **Ansteckende Erkrankung / MRE** | ☐ nein ☐ ja, welche: _____ |
| **Allergien / Unverträglichkeiten** | ☐ nein ☐ ja, welche: _____ |
| **Schmerzen** | ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig Wo? _____ Stärke (0–10): ____<br>☐ äußert Schmerzen nicht verbal (Beobachtung nötig) |
| **Krampfanfälle / besondere Risiken** | ☐ nein ☐ ja: _____ |

| |
|---|
| *Eigene Erkenntnisse / Notizen:* |

## 4. Kognition, Kommunikation & Verhalten NBA-Modul 2 + 3

| | |
|---|---|
| **Orientierung** | ☐ voll orientiert ☐ zeitlich eingeschränkt ☐ örtlich eingeschränkt ☐ situativ eingeschränkt |
| **Kognition / Demenz** | ☐ keine ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer ☐ ärztlich diagnostiziert |
| **Gefahren erkennen / Entscheidungen** | ☐ selbstständig ☐ eingeschränkt ☐ nicht möglich |
| **Sprache / Verständigung** | ☐ uneingeschränkt ☐ eingeschränkt ☐ nicht verbal ☐ Kommunikationshilfe nötig<br>Muttersprache: _____ |

| | |
|---|---|
| **Hören / Sehen** | Hören: ☐ gut ☐ eingeschränkt ☐ Hörgerät<br>Sehen: ☐ gut ☐ eingeschränkt ☐ Brille |
| **Verhalten** | ☐ ruhig ☐ unruhig ☐ ängstlich ☐ apathisch ☐ aggressiv/abwehrend ☐ Wahnvorstellungen |
| **Tag-/Nachtrhythmus** | ☐ unauffällig ☐ gestört ☐ nächtliche Unruhe |
| **Was beruhigt, motiviert oder überfordert? Biografie, Anrede, Rituale** | _____<br>_____ |

| |
|---|
| *Eigene Erkenntnisse / Notizen:* |

## 5. Mobilität, Transfer & Sturzprävention NBA-Modul 1

| | |
|---|---|
| **Gehen / Stehen** | ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ nicht möglich |
| **Aufstehen / Transfer** | ☐ selbstständig ☐ mit Anleitung ☐ 1 Person ☐ 2 Personen ☐ Lifter erforderlich |
| **Lagerung / Positionswechsel** | ☐ selbstständig ☐ Erinnerung ☐ Unterstützung ☐ vollständige Übernahme |
| **Treppen** | ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ nicht möglich ☐ Treppenlift |
| **Stürze** | ☐ keine ☐ Sturz in den letzten 12 Monaten (Anzahl: ____) ☐ Angst vor Stürzen |
| **Hilfsmittel** | ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Gehstock/Gehstützen ☐ Pflegebett<br>☐ Patientenlifter ☐ Duschstuhl ☐ Toilettenstuhl |
| **Besonderheiten Transfer / Lifter / Lagerung** | _____<br>_____ |

| |
|---|
| *Eigene Erkenntnisse / Notizen:* |

## 6. Selbstversorgung: Körperpflege, Ausscheidung & Ankleiden NBA-Modul 4

| | |
|---|---|
| **Waschen / Duschen / Baden** | ☐ selbstständig ☐ Anleitung/Begleitung ☐ Teilhilfe ☐ vollständige Hilfe |
| **Intimpflege** | ☐ selbstständig ☐ Teilhilfe ☐ vollständige Hilfe |
| **Mund- / Zahnpflege** | ☐ selbstständig ☐ Anleitung ☐ Teilhilfe ☐ vollständige Hilfe ☐ Zahnersatz |
| **An- / Auskleiden** | ☐ selbstständig ☐ Teilhilfe ☐ vollständige Hilfe |
| **Haut** | ☐ unauffällig ☐ gefährdet/trocken ☐ Wunde/Dekubitus<br>Wundversorgung durch: _____ |
| **Toilettengang** | ☐ selbstständig ☐ Begleitung ☐ Transferhilfe ☐ vollständige Hilfe |
| **Inkontinenz** | ☐ nein ☐ Urin ☐ Stuhl ☐ Hilfsmittel/Einlagen ☐ Toilettentraining |

| | |
|---|---|
| **Katheter / Stoma** | ☐ nein ☐ ja: _____ |

*Eigene Erkenntnisse / Notizen:*

## 7. Ernährung & Flüssigkeit NBA-Modul 4

| | |
|---|---|
| **Ernährungszustand** | ☐ unauffällig ☐ Untergewicht/Gewichtsverlust ☐ Übergewicht<br>ca. ____ kg / ____ cm |
| **Essen** | ☐ selbstständig ☐ Vorbereitung ☐ Anreichen ☐ vollständige Unterstützung |
| **Kostform** | ☐ Normalkost ☐ weich ☐ püriert ☐ angedickt ☐ Diät/Sonderkost ☐ vegetarisch |
| **Kauen / Schlucken** | ☐ unauffällig ☐ Kauprobleme ☐ Schluckstörung/Aspirationsrisiko ☐ Logopädie beteiligt |
| **PEG / Sonde** | ☐ nein ☐ ja Versorgung durch: _____ |
| **Trinken** | ☐ selbstständig ☐ Erinnerung ☐ Kontrolle ☐ Anreichen |
| **Trinkmenge / Ziel** | ca. _____ ml/24 h ärztliche Vorgabe: ☐ nein ☐ ja |
| **Vorlieben, Abneigungen, kulturelle/religiöse Besonderheiten** | _____<br>_____ |

*Eigene Erkenntnisse / Notizen:*

## 8. Medikamente, Therapie & medizinische Schnittstellen NBA-Modul 5

| | |
|---|---|
| **Medikamente** | ☐ selbstständig ☐ Erinnerung nötig ☐ Pflegedienst/Angehörige zuständig<br>☐ aktueller Medikationsplan liegt vor |
| **Medizinische Maßnahmen** | ☐ Injektionen/Insulin ☐ Blutzucker ☐ Verbandwechsel ☐ Kompression<br>☐ Inhalation/Sauerstoff ☐ keine durchgeführt von: _____ |
| **Therapien** | ☐ Physiotherapie ☐ Ergotherapie ☐ Logopädie ☐ Psychotherapie ☐ sonstige |
| **Begleitung** | ☐ Arzt ☐ Therapie ☐ Reha ☐ Hilfsmitteltermine ☐ nicht erforderlich |
| **Behandelnde Stellen** | Hausarzt/Facharzt/Pflegedienst: _____ |

**Hinweis:** Medizinische Behandlungspflege und invasive Maßnahmen werden nur übernommen, wenn sie zum vereinbarten Leistungsumfang gehören und die erforderliche fachliche/rechtliche Voraussetzung vorliegt.

*Eigene Erkenntnisse / Notizen:*

## 9. Tagesstruktur, Aktivierung & Teilhabe NBA-Modul 6

| | |
|---|---|
| **Tagesablauf** | Tagesbeginn ca. _____ Uhr  Ruhe-/Schlafzeiten: _____ |
| **Hobbys & Interessen** | _____ |
| **Gewünschte Aktivitäten** | ☐ Spaziergänge ☐ Einkaufen ☐ Kochen ☐ Spiele ☐ Ausflüge ☐ Kultur/Kino |
| **Außer Haus** | ☐ Arzttermine ☐ Einkäufe ☐ Gottesdienst/Verein ☐ Begleitung nötig |
| **Soziale Kontakte** | ☐ Familie ☐ Freunde ☐ Verein ☐ mehr Aktivierung gewünscht |
| **Was ist der Person im Alltag besonders wichtig?** | _____<br>_____ |
| **Kurzfristige Ziele (nächste Wochen)** | _____<br>_____ |
| **Langfristige Ziele / Erhalt von Ressourcen** | _____<br>_____ |

| |
|---|
| *Eigene Erkenntnisse / Notizen:* |

## 10. Haushalt & Organisation

| | |
|---|---|
| **Reinigung** | ☐ nach Bedarf ☐ regelmäßig ☐ nicht erforderlich |
| **Wäsche** | ☐ Waschen ☐ Trocknen ☐ Bügeln ☐ nicht erforderlich |
| **Einkäufe** | ☐ Betreuungskraft ☐ gemeinsam ☐ Angehörige ☐ Lieferdienst |
| **Kochen / Essensvorbereitung** | ☐ täglich ☐ nach Bedarf ☐ nach Plan ☐ gemeinsam ☐ nicht erforderlich |
| **Organisation** | ☐ Termine ☐ Post/Behörden ☐ Rezepte/Medikamente besorgen ☐ Angehörige |
| **Weitere Aufgaben** | _____ |

| |
|---|
| *Eigene Erkenntnisse / Notizen:* |

## 11. Nachtversorgung & besondere Belastungen

| | |
|---|---|
| **Nachtbedarf** | ☐ kein Einsatz ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig ☐ mehrfach pro Nacht |
| **Typische Gründe** | ☐ Toilette ☐ Lagerung ☐ Unruhe ☐ Trinken ☐ Schmerzen ☐ sonstige |
| **Rufmöglichkeit** | ☐ Rufen ☐ Klingel ☐ Babyphone/Monitor ☐ andere |

| | |
|---|---|
| **Häufigkeit** | ca. _____ Einsätze/Nacht  durchschnittliche Dauer: _____ Min. |

**Wichtig:** Nächtliche Einsätze müssen realistisch angegeben werden, da sie die Personalplanung, Ruhezeiten und die Ausgestaltung der Versorgung wesentlich beeinflussen.

| |
|---|
| *Eigene Erkenntnisse / Notizen:* |

## 12. Risiken, Sicherheit & Notfall

| | |
|---|---|
| **Sturzrisiko** | ☐ nein ☐ ja ☐ unklar |
| **Dekubitus-/Hautrisiko** | ☐ nein ☐ ja ☐ unklar |
| **Mangelernährung / Austrocknung** | ☐ nein ☐ ja ☐ unklar |
| **Aspirationsrisiko** | ☐ nein ☐ ja ☐ unklar |
| **Hinlauftendenz** | ☐ nein ☐ ja ☐ unklar |
| **Selbst-/Fremdgefährdung** | ☐ nein ☐ ja ☐ unklar |
| **Freiheitsentziehende Maßnahmen** | ☐ keine ☐ ja (z. B. Bettgitter), Einwilligung/Genehmigung liegt vor ☐ |
| **Notfallmedikation / Notfallplan** | ☐ nein ☐ ja, wo hinterlegt: _____ |
| **Hausnotruf** | ☐ nein ☐ ja |
| **Vorsorgedokumente** | ☐ Patientenverfügung ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Betreuungsverfügung ☐ keine<br>Aufbewahrungsort: _____ |
| **Wichtige Notfallkontakte / Besonderheiten** | _____<br>_____ |

| |
|---|
| *Eigene Erkenntnisse / Notizen:* |

## 13. Gewünschtes Personalprofil

| | |
|---|---|
| **Geschlecht** | ☐ Frau ☐ Mann ☐ keine Präferenz |
| **Deutschkenntnisse** | ☐ Grundkenntnisse ☐ B1 / gute Alltagsverständigung ☐ sehr gut |
| **Führerschein** | ☐ erforderlich ☐ wünschenswert ☐ nicht erforderlich |
| **Rauchen** | ☐ Nichtraucher/in ☐ nur draußen möglich ☐ egal |
| **Erfahrung wichtig** | ☐ Demenz ☐ Neurologie ☐ Rollstuhl/Lifter ☐ PEG ☐ Palliativ<br>☐ junge Erwachsene ☐ Senioren |
| **Gewünschte Eigenschaften / Persönlichkeit** | _____<br>_____ |

| | |
|---|---|
| **Was passt erfahrungsgemäß nicht zur betreuten Person?** | _____<br>_____ |

| |
|---|
| *Eigene Erkenntnisse / Notizen:* |

## 14. Unterkunft & Rahmenbedingungen bei 24-Stunden-Versorgung

| | |
|---|---|
| **Zimmer / Bad** | ☐ eigenes Zimmer ☐ eigenes Bad ☐ Mitbenutzung des Bads |
| **Ausstattung** | ☐ Bett ☐ Schrank ☐ Tisch ☐ WLAN/Internet ☐ TV |
| **Einkaufsmöglichkeiten** | ☐ fußläufig ☐ ÖPNV ☐ Auto erforderlich |
| **Freizeit / Entlastung** | Vertretung durch: _____ |
| **An-/Abreise** | Nächster Bahnhof: _____ |

**Hinweis:** Ausreichende Ruhe- und Freizeitphasen sowie eine geeignete Unterkunft sind Voraussetzung für eine stabile und verlässliche Versorgung.

| |
|---|
| *Eigene Erkenntnisse / Notizen:* |

## 15. Weitere Person im Haushalt

| | |
|---|---|
| **Zusätzliche Betreuung nötig?** | ☐ nein ☐ ja |
| **Name / Geburtsdatum** | _____ |
| **Unterstützungsbedarf** | _____<br>_____ |

## 16. Zusammenfassung durch SFG Care

| | |
|---|---|
| **Die drei wichtigsten Versorgungsbedarfe** | _____<br>_____<br>_____ |
| **Besondere Risiken / Ausschlusskriterien / Klärungsbedarf** | _____<br>_____<br>_____ |
| **Empfohlenes Betreuungsmodell / Personalprofil** | _____<br>_____<br>_____ |

## 17. Angaben, Datenschutz & Bestätigung

Ich bestätige, dass die Angaben nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden. Änderungen des Gesundheitszustands, des Hilfebedarfs, der Wohnsituation oder der nächtlichen Versorgung werden SFG Care zeitnah mitgeteilt. Die Angaben dienen der Bedarfsermittlung, Angebotserstellung, Einsatzplanung und - soweit für die Leistungserbringung erforderlich - der Abstimmung mit beteiligten Dienstleistungs- bzw. Kooperationspartnern. Die konkrete datenschutzrechtliche Einwilligung und Datenschutzerklärung von SFG Care sind gesondert zu verwenden.

| | |
|---|---|
| **Ort, Datum** | _____ |
| **Name** | _____ |
| **Unterschrift** | _____ |

**SFG Care – Your Link to Trusted Care**

Bedarfsanalyse | Version 1.1 | Stand: Oktober 2026