alterswohnhilfe
glücklich daheim

## Fragebogen zu Ihrer Betreuungssituation

Für ein unverbindliches Angebot einer häuslichen 24-Stunden-Betreuung bitten wir Sie höflich diesen Fragebogen wahrheitsgetreu und möglichst ausführlich auszufüllen. Wenn Sie bei der Beantwortung Hilfe benötigen, rufen Sie uns bitte auf 043 243 33 88 an.

Bei zwei zu betreuenden Personen bitten wir Sie je ein Exemplar des Fragebogens auszufüllen.

Durch Zusendung Ihres Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Daten zur Erfüllung der Aufgaben Ihres Auftrages an ausgewählte Partnerunternehmen von Alterswohnhilfe weitergegeben werden dürfen. Die in diesem Fragebogen enthaltenen Personenbezeichnungen beziehen sich in gleicher Weise auf die weibliche und männliche Form.

**1. Ansprechpartner, z.B. Angehöriger, gesetzlicher Vertreter**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Vorname, Name: | | | |
| Strasse & Nr.: | | ☎ Tel-Nr. 1: | |
| PLZ & Ort: | | ☎ Tel-Nr. 2: | |
| E-Mail: | | Mobil-Nr.: | |
| Verwandtschaftsgrad zur betreuungsbedürftigen Person: | | | |

**2. Betreuungsbedürftige Person**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Vorname, Name: | | | |
| Strasse & Nr.: | | ☎ Tel-Nr.: | |
| PLZ & Ort: | | Mobil-Nr.: | |

**3. Haushalt**

Die betreuungsbedürftige Person wohnt in ☐ einem Haus ☐ einer Wohnung Anzahl Zimmer:

Die Angehörigen
☐ leben im selben Haushalt
☐ kommen zu Besuch

☐ Haustiere vorhanden? Welche: | Internetanschluss vorhanden? ☐ ja ☐ nein

**Pflegedienst (Spitex)**

Wird derzeit ein ambulanter Pflegedienst, wie z.B. Spitex, in Anspruch genommen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wie oft: welche Tätigkeiten:

**4. Anamnese**

**Zur Person**

Geburtsdatum:

Körpergrösse: cm

Körpergewicht: kg

**Geschätzte Betreuungsstufe**

☐ 1 normale Betreuungsbedürftigkeit, ohne regelmässige Nachteinsätze

☐ 2 erhöhte Betreuungsbedürftigkeit, mit regelmässigen Nachteinsätzen

alterswohnhilfe
glücklich daheim

**Mobilität**

☐ Betreuungsbedürftige Person ist vollständig mobil
☐ Betreuungsbedürftige Person ist sturzgefährdet
☐ Bettlägerigkeit
☐ braucht leichte Hilfe beim Aufstehen
☐ braucht tagsüber Hilfe beim Toilettengang
☐ braucht Hilfe beim Umlagern, kann sich nicht selbstständig bewegen

Hilfsmittel vorhanden:

☐ Gehstock ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Hebesitz ☐ Pflegebett
☐ Patientenlift ☐ Badewannenlift ☐ Toilettenstuhl ☐ Sonstige: _____

**Nächtliche Betreuung**

Ist regelmässige nächtliche Betreuung notwendig?

☐ ja
☐ nein

Falls ja, in welcher Form? _____

**Inkontinenz**

☐ keine Inkontinenz
☐ Urin
☐ Stuhl
☐ Dauerkatheter
☐ Stoma - künstlicher Darmausgang

**Geistiger Zustand**

☐ keine geistigen Beeinträchtigungen
☐ Depression
☐ Demenz-Diagnose
☐ gestörter Tag-/Nachtrhythmus
☐ Weglauf-Tendenz
☐ Persönlichkeitsveränderung mit
  ☐ Aggressivität
  ☐ Apathie - Teilnahmslosigkeit
  ☐ starker Unruhe

**Kommunikationsfähigkeit**

Sehen
☐ keine Einschränkungen ☐ eingeschränkt ☐ nahezu blind

Hören
☐ keine Einschränkungen ☐ eingeschränkt ☐ nahezu taub

Sprechen
☐ keine Einschränkungen ☐ eingeschränkt ☐ kaum möglich

**Diagnosen**

☐ Parkinson - Schüttel-/Zitterlähmung
☐ rheumatische Krankheiten
☐ Schlaganfall
☐ Krebs
☐ Demenz
☐ Herzerkrankungen
☐ MS – Multiple Sklerose
☐ Diabetes
☐ Bluthochdruck
☐ Depression
☐ Lähmungen
☐ psychische Störungen
☐ Rheuma
☐ Stoma
☐ Dekubitus -Druckgewschwür
☐ Allergien: _____
☐ Sonstige: _____

**Nahrungsaufnahme**

☐ Unterstützung notwendig
☐ Nahrung anreichen notwendig
☐ Probleme beim Schlucken
☐ Appetitlosigkeit
☐ unverträgliche Nahrungsmittel:
☐ spezielle Diät: _____

alterswohnhilfe
glücklich daheim

## 5. Wichtige Aufgaben für die Betreuungsperson

**Haushalt**

- ☐ Kochen
- ☐ Waschen / Bügeln
- ☐ Einkaufen
- ☐ Wohnung sauber halten
- ☐ Balkon & Blumenpflege
- ☐ Haustiere versorgen

**Grundpflegerische Tätigkeiten**

Tägliche Hilfe bei

- ☐ Körperhygiene
- ☐ An-/Auskleiden
- ☐ Nahrungsaufnahme
- ☐ Flüssigkeitsaufnahme kontrollieren
- ☐ an Medikamenteneinnahme erinnern
- ☐ Sonstige: _____

**Aktivitäten**

- ☐ Gymnastik
- ☐ Spaziergänge
- ☐ Terminvereinbarung mit Ärzten
- ☐ Begleitung zu Arztbesuchen
- ☐ Begleitung zu Kulturveranstaltungen
- ☐ Aktivierende Betreuung, z.B. Gesellschaftsspiele
- ☐ Sonstige: _____

## 6. Erwartungen an die Betreuungsperson

Wunsch-Einsatzbeginn: _____

Geplante Einsatzdauer:
☐ unbefristet ☐ befristet, Dauer _____

Autofahren erforderlich?

- ☐ nein, nicht zwingend erforderlich
- ☐ ja, zwingend erforderlich. Fahrzeug muss vom Kunden zur Verfügung gestellt werden* ☐ Automat ☐ Manuell

Tierlieb
- ☐ egal
- ☐ wenn möglich
- ☐ wichtig!

Bevorzugtes Geschlecht
- ☐ egal
- ☐ männlich
- ☐ weiblich

Rauchen
- ☐ unbedingt Nichtraucher
- ☐ Rauchen nur draussen
- ☐ gerne Raucher

Bevorzugtes Alter
- ☐ egal
- ☐ < 50 Jahre
- ☐ > 50 Jahre

☐ Kräftige Person, wegen Schwergewicht

Welche Charakterzüge der Betreuungsperson würden am besten zur betreuten Person passen

- ☐ fröhlich
- ☐ humorvoll
- ☐ ruhig
- ☐ energisch
- ☐ freundlich
- ☐ unkompliziert
- ☐ durchsetzungsfähig
- ☐ naturverbunden
- ☐ zurückhaltend
- ☐ eigenverantwortlich
- ☐ geduldig
- ☐ kräftig
- ☐ erfahren
- ☐ mütterlich
- ☐ liebevoll
- ☐ gesprächig

## 7. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ **Internet**, z.B. Google
- ☐ **Persönliche Empfehlung durch Bekannte** – Wer? _____
- ☐ **Arzt/Spital-Empfehlung** – Name Arzt/Spital? _____
- ☐ **Sonstige** – Details: _____

## 8. Sonstige Bemerkungen oder Informationen

.....

.....

.....