

## Fragebogen zu Ihrer Betreuungssituation

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

Die Erfassung der nachfolgenden Angaben dienen lediglich zur Einschätzung, ob für Pflegeleistungen eine externe Spitex-Organisation hinzugezogen werden muss. Wir bieten selbst keine bewilligungspflichtige Pflege 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 Vertrag 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 <input type="checkbox"/> einem Haus <input type="checkbox"/> einer Wohnung Anzahl Zimmer:	
Die Angehörigen <input type="checkbox"/> leben im selben Haushalt <input type="checkbox"/> kommen zu Besuch - Falls ja:      mal pro Woche oder <input type="checkbox"/> seltener:	
<input type="checkbox"/> Haustiere vorhanden? Welche:	Internetanschluss vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegedienst (Spitex)	
Wird derzeit ein ambulanter Pflegedienst, wie z.B. Spitex, in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, wie oft:      welche Tätigkeiten:	
4. Anamnese	
Zur Person	Geschätzte Betreuungsstufe
Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> 0 derzeit noch keine regelmässige Betreuung
Körpergrösse:      cm	<input type="checkbox"/> 1 normale Betreuungsbedürftigkeit, ohne regelmässige Nachteinsätze
Körpergewicht:      kg	<input type="checkbox"/> 2 erhöhte Betreuungsbedürftigkeit, mit regelmässigen Nachteinsätzen

<p><b>Mobilität</b></p> <p><input type="checkbox"/> Betreuungsbedürftige Person ist vollständig mobil</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuungsbedürftige Person ist sturzgefährdet</p> <p>Bettlägerigkeit: bettlägerig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> braucht leichte Hilfe beim Aufstehen</p> <p><input type="checkbox"/> braucht tagsüber Hilfe beim Toilettengang</p> <p><input type="checkbox"/> muss angehoben werden</p> <p><input type="checkbox"/> braucht Hilfe beim Umlagern, kann sich nicht selbstständig bewegen</p> <p>→ <input type="checkbox"/> hat Dekubitus - Druckgeschwür</p> <p>Gehbehindert: <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl</p> <p>Hilfsmittel vorhanden:</p> <p><input type="checkbox"/> Hebesitz <input type="checkbox"/> Krankenbett <input type="checkbox"/> Patientenlift <input type="checkbox"/> Badewannenlift <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Sonstige:</p>	
<p><b>Nächtliche Betreuung</b></p> <p>Ist eine nächtliche Betreuung notwendig?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja:</p> <p><input type="checkbox"/> Hilfe bei Toilettengang</p> <p>→ <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> jede Nacht</p> <p><input type="checkbox"/> Unruhiger Schlaf, läuft nachts herum</p>	<p><b>Inkontinenz</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine Inkontinenz</p> <p><input type="checkbox"/> Urin → <input type="checkbox"/> Einlagen wechseln notwendig</p> <p><input type="checkbox"/> Stuhl → <input type="checkbox"/> Einlagen wechseln notwendig</p> <p><input type="checkbox"/> Dauerkatheter</p> <p><input type="checkbox"/> Stoma - künstlicher Darmausgang</p>
<p><b>Geistiger Zustand</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine geistigen Beeinträchtigungen</p> <p><input type="checkbox"/> Depression</p> <p><input type="checkbox"/> Demenz-Diagnose</p> <p><input type="checkbox"/> gestörter Tag-/Nachtrhythmus</p> <p><input type="checkbox"/> Weglauf-Tendenz</p> <p><input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderung mit</p> <p><input type="checkbox"/> Aggressivität</p> <p><input type="checkbox"/> Apathie - Teilnahmslosigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> starker Unruhe</p>	<p><b>Kommunikationsfähigkeit</b></p> <p>Sehen</p> <p><input type="checkbox"/> keine Einschränkungen <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nahezu blind</p> <p>Hören</p> <p><input type="checkbox"/> keine Einschränkungen <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nahezu taub</p> <p>Sprechen</p> <p><input type="checkbox"/> keine Einschränkungen <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> kaum möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>
<p><b>Nahrungsaufnahme</b></p> <p><input type="checkbox"/> Unterstützung notwendig</p> <p><input type="checkbox"/> Nahrung anreichen notwendig</p> <p><input type="checkbox"/> Probleme beim Schlucken</p> <p><input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> unverträgliche Nahrungsmittel:</p> <p><input type="checkbox"/> spezielle Diät:</p>	
<p><b>Weitere Krankheiten</b></p> <p><input type="checkbox"/> Parkinson - Schüttel-/Zitterlähmung</p> <p><input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten</p> <p><input type="checkbox"/> MS - Multiple Sklerose</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Bluthochdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Allergien:</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige:</p>	

5. Wichtige Aufgaben für die Betreuungsperson			
<b>Haushalt</b>			
<input type="checkbox"/> Kochen	<input type="checkbox"/> Wohnung sauber halten		
<input type="checkbox"/> Waschen / Bügeln	<input type="checkbox"/> Balkon & Blumenpflege		
<input type="checkbox"/> Einkaufen	<input type="checkbox"/> Haustiere versorgen		
<b>Grundpflegerische Tätigkeiten</b>		<b>Aktivitäten</b>	
Tägliche Hilfe bei		<input type="checkbox"/> Gymnastik	
<input type="checkbox"/> Körperhygiene		<input type="checkbox"/> Spaziergänge	
<input type="checkbox"/> An-/Auskleiden		<input type="checkbox"/> Terminvereinbarung mit Ärzten	
<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme		<input type="checkbox"/> Begleitung zu Arztbesuchen	
<input type="checkbox"/> Flüssigkeitsaufnahme kontrollieren		<input type="checkbox"/> Begleitung zu Kulturveranstaltungen	
<input type="checkbox"/> an Medikamenteneinnahme erinnern		<input type="checkbox"/> Aktivierende Betreuung, z.B. Gesellschaftsspiele	
<input type="checkbox"/> Sonstige:		<input type="checkbox"/> Sonstige:	
6. Erwartungen an die Betreuungsperson			
Wunsch-Einsatzbeginn:		Geplante Einsatzdauer: <input type="checkbox"/> unbestimmt      Monate	
Autofahren erforderlich?			
<input type="checkbox"/> nein, nicht zwingend erforderlich			
<input type="checkbox"/> ja, zwingend erforderlich. Fahrzeug muss vom Kunden zur Verfügung gestellt werden* <input type="checkbox"/> Automatisch <input type="checkbox"/> Manuell			
*Hinweis zur Haftungsfreistellung beim Lenken eines Fahrzeuges: Im Zusammenhang mit dem Lenken eines durch den Kunden zur Verfügung gestellten Fahrzeuges kann der Arbeitnehmer nicht haftbar gemacht werden.			
<b>Tierlieb</b>	<b>Bevorzugtes Geschlecht</b>	<b>Rauchen</b>	<b>Bevorzugtes Alter</b>
<input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> egal
<input type="checkbox"/> wenn möglich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> unbedingt Nichtraucher	<input type="checkbox"/> < 45 Jahre
<input type="checkbox"/> wichtig!	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> Rauchen nur draussen	<input type="checkbox"/> > 45 Jahre
<input type="checkbox"/> Kräftige Person, wegen Schwergewicht		<input type="checkbox"/> gerne Raucher	
7. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?			
<input type="checkbox"/> <b>Internet</b> , z.B. Google			
<input type="checkbox"/> <b>Persönliche Empfehlung durch Bekannte</b> – Wer?			
<input type="checkbox"/> <b>Arzt/Spital-Empfehlung</b> – Name Arzt/Spital?			
<input type="checkbox"/> <b>Sonstige</b> – Details:			
8. Sonstige Bemerkungen oder Informationen			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			