

## 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.

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.

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	
<b>Zur Person</b>	<b>Geschätzte Betreuungsstufe</b>
Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> 0 derzeit noch keine regelmässige Betreuung
Körpergrösse:      cm	<input type="checkbox"/> 1 leichte Betreuungsbedürftigkeit, ohne regelmässige Nachteinsätze
Körpergewicht:      kg	<input type="checkbox"/> 2 mittlere Betreuungsbedürftigkeit, mit regelmässigen Nachteinsätzen
	<input type="checkbox"/> 3 schwere Betreuungsbedürftigkeit, z.B. Bettlägerigkeit, Palliativbetreuung

<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-/Nachtrythmus</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**

**Haushalt**

- |   |  |
|---|--|
| <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   |

**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:  unbestimmt Monate

Autofahren erforderlich?

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

Tierlieb

- egal
- wenn möglich
- wichtig!

Bevorzugtes Geschlecht

- egal
- männlich
- weiblich

Rauchen

- egal
- unbedingt Nichtraucherin
- Rauchen nur draussen
- Raucherin

Bevorzugtes Alter

- egal
- < 45 Jahre
- > 45 Jahre

Kräftige Person, wegen Schwergewicht

**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**

.....

.....

.....

.....

.....

.....