

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	
Name, Vorname:	
Strasse & Nr.:	☎ Tel-Nr. 1:
PLZ & Ort:	☎ Tel-Nr. 2:
E-Mail:	📱 Mobil-Nr.:
Verwandtschaftsgrad zur betreuungsbedürftigen Person:	
2. Betreuungsbedürftige Person	
Name, Vorname:	
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: Wird derzeit ein ambulanter Pflegedienst, wie z.B. Spitex, in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wie oft: und für welche Tätigkeiten:	
4. Anamnese	
Zur Person Geburtsdatum: Körpergrösse: cm Körpergewicht: kg	Geschätzte Betreuungsstufe <input type="checkbox"/> 0 - derzeit noch keine regelmässige Betreuung <input type="checkbox"/> 1 - leichte Betreuungsbedürftigkeit, ohne regelm. Nachteinsätze <input type="checkbox"/> 2 - mittlere Betreuungsbedürftigkeit, mit regelm. Nachteinsätzen <input type="checkbox"/> 3 - schwere Betreuungsbedürftigkeit, z.B. Bettlägerigkeit

<p>Mobilität</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 style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> braucht leichte Hilfe beim Aufstehen</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> braucht tagsüber Hilfe beim Toilettengang</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> muss angehoben werden</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> braucht Hilfe beim Umlagern, kann sich nicht selbstständig bewegen</p> <p style="margin-left: 40px;">→ <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"/> Hebegurt/-sitz <input type="checkbox"/> Krankenbett <input type="checkbox"/> Patientenlift <input type="checkbox"/> Badewannenlift <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> Sonstige:</p>	
<p>Nächtliche Betreuung</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 style="margin-left: 20px;">→ <input type="checkbox"/> gelegentlich, <input type="checkbox"/> jede Nacht</p> <p><input type="checkbox"/> Unruhiger Schlaf, läuft nachts herum</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>	<p>Inkontinenz</p> <p><input type="checkbox"/> keine Inkontinenz</p> <p><input type="checkbox"/> Urin</p> <p style="margin-left: 20px;">→ <input type="checkbox"/> Einlagen wechseln notwendig</p> <p><input type="checkbox"/> Urin & Stuhl</p> <p style="margin-left: 20px;">→ <input type="checkbox"/> Einlagen wechseln notwendig</p> <p><input type="checkbox"/> Dauerkatheter</p> <p><input type="checkbox"/> Stoma - künstlicher Darmausgang</p>
<p>Geistiger Zustand</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 style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Aggressivität</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Apathie - Teilnahmslosigkeit</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> starker Unruhe</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>	<p>Kommunikationsfähigkeit</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 style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>
<p>Nahrungsaufnahme</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 style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> unverträgliche Nahrungsmittel:</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> spezielle Diät – falls ja, welche:</p>	
<p>Weitere Krankheiten</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 style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Allergien:</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Bluthochdruck</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Sonstige:</p>	

5. Wichtige Aufgaben für die Betreuungskraft

Haushalt

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kochen für Personen | <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 Betreuungskraft

Wunsch-Einsatzbeginn: _____ Geplante Einsatzdauer: unbestimmt Monate

Autofahren erforderlich?

- Nein, nicht zwingend erforderlich
- Ja, zwingend erforderlich -Ein Fahrzeug wird vom Kunden zur Verfügung gestellt.

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

Nichtraucherin

- unbedingt Nichtraucherin
- egal
- Rauchen nur ausserhalb der Wohnräume
- Raucherin

Bevorzugtes Alter

- egal
- <30
- 30-40
- 40-50
- >50

- Kräftige Person, wegen Schwergewicht

7. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet, z.B. Google
- Persönliche Empfehlung durch Bekannte – Wer?
- Spital-Empfehlung – Welches Spital?
- Arzt/Apotheke – Details:
- Medien, z.B. TV, Zeitschrift, etc.
- Sonstige – Details:

8. Sonstige Bemerkungen oder Informationen

.....
.....