

Angaben zur betreuenden Person:

Name *																					
Vorname: *																					
Geburtsdatum: * <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				/			/					Tag			Monat			Jahr			
		/			/																
Tag			Monat			Jahr															
Strasse, Nr:																					
Postleitzahl:																					
Ort: *																					
Telefonnummer Haus: *																					
Telefonnummer Mobil:																					
E-Mail-Adresse: *																					
Gewicht: *	Grösse: *																				

Angaben zur Kontaktperson:

(Nur ausfüllen, falls abweichend von den Patientenangaben)

Name *
Vorname: *
Verwandschaftsgrad:
Strasse, Nr:
Postleitzahl:
Ort: *
Telefonnummer Haus: *
Telefonnummer Mobil:
E-Mail-Adresse: *

Diagnosen / Krankheitsbild:

(Bitte markieren Sie mit einem Kreuz und falls nötig ergänzen Sie bitte in dem dafür vorgesehenen Feld)

- | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Osteoporose |

Andere:

▼ Kommunikationseinschränkung

- Sprache
 Sehkraft
 Hörvermögen

▼ An-/auskleiden

- selbstständig
 benötigt Hilfe
 komplett hilfsbedürftig

▼ Toilettengang

- selbstständig
 benötigt Hilfe
 komplett hilfsbedürftig

▼ Essen/Trinken

- selbstständig
 benötigt Hilfe
 komplett hilfsbedürftig

▼ Körperpflege

- selbstständig
 teilweise selbstständig
 unter Anleitung
 komplette Unterstützung

▼ Bewegung

- selbstständig
 mit Unterstützung
 überwiegend im Rollstuhl
 bettlägerig

▼ Ein-/Durchschlafen

- Keine Probleme
 Sporadische Störungen
 Schlaf-/Wachrhythmus gestört

▼ Betreunde Person steht auf pro Nacht

- 1 mal
 2-3 mal
 Mehr als 3 mal

▼ Angaben über Verhaltensweise:

- aggressiv
 zurückhaltend
 aufgeschlossen

Weitere nennenswerte Einschränkungen

Hilfsmittel (z.B.: Bettenlift)

Pflegedienst

Erfolgt eine Versorgung durch einen Pflegedienst Ja Nein

Wie oft ist der Pflegedienst vor Ort? Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Ab wann ist die Betreuungskraft erwünscht?

/ /

Tag Monat Jahr

Anforderungen an das Personal

▼ Geschlecht

- Frau
- Mann
- egal

▼ Alter

- 20-30 jahre
- 30-40 jahre
- 40-50 jahre
- 50-60 jahre

▼ Sprachkenntnisse

- gut
- ausreichend
- egal

▼ Führerausweis

- Ja, mit Fahrpraxis
- unwichtig

▼ Raucher

- Nichtraucher
- egal

▼ Gewünschte Hausarbeiten

- Reinigung/Putzen
- Kochen
- Einkaufen
- Waschen/Bügeln

Weitere Erwartungen und Wünsche an unsere Mitarbeiter:

Wohnsituation

▼ Lage

- Grossstadt – Zentral
- Grossstadt – Außerhalb
- Kleinstadt
- Dorf
- ländlich

▼ öffentliche Verkehrsmittel, zu Fuss

- ca. 5 min
- ca. 10 min
- ca. 15 min
- 15 min +

▼ Wohnsituation

- Einfamilienhaus
- Mehrfamilienhaus
- Sonstiges:

▼ Einkaufsmöglichkeiten, zu Fuss

- ca. 5 min
- ca. 10 min
- ca. 15 min
- 15 min +

▼ Personen, die im Haushalt leben

- 1 Person
- 2 Personen
- 3 Personen
- 3 Personen +

▼ Der Pflegekraft steht zur Verfügung

- Internet
- TV
- Telefon
- Eigenes Bad

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen korrekt und vollständig sind. Das Anklicken des unten angeführten Feldes ist mit einem Einverständnis der Datenverarbeitung gleichzusetzen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Betreuungsdienste genutzt werden.

Datum: Tag / Monat / Jahr

..... / /

Unterschrift:

.....