

**Angaben zur betreuenden Person**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)  /  /

Strasse, Nr \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_

Kanton \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer Haus \_\_\_\_\_

Telefonnummer Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Grösse \_\_\_\_\_

Besteht eine Patientenverfügung? \_\_\_\_\_

**Angaben zur Kontaktperson**

(Nur ausfüllen, falls abweichend von den Patientenangaben)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Verwandschaftsgrad \_\_\_\_\_

Strasse, Nr \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_

Kanton \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer Haus \_\_\_\_\_

Telefonnummer Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden

\_\_\_\_\_

**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

**Essen/Trinken**

- selbstständig
- benötigt Hilfe
- komplett hilfsbedürftig

**Ein-/Durchschlafen**

- keine Probleme
- sporadische Störungen
- Schlaf-/Wachrhythmus

**An-/Auskleiden**

- selbstständig
- benötigt Hilfe
- komplett hilfsbedürftig

**Körperpflege**

- selbstständig
- teilweise selbstständig
- unter Anleitung
- komplette Unterstützung

**Betreuende Person steht auf pro Nacht**

- 1 mal
- 2-3 mal
- mehr als 3 mal
- komplette Unterstützung

**Toilettengang**

- selbstständig
- benötigt Hilfe
- komplett hilfsbedürftig

**Bewegung**

- selbstständig
- mit Unterstützung
- überwiegend im Rollstuhl
- bettlägerig

**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**

- |                               |  |  |                                       |                                    |   |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| <b>Geschlecht</b>             | <b>Alter</b>                           | <b>Sprachkenntnisse</b>                  | <b>Raucher</b>                        | <b>Führerausweis</b>               | <b>Auto vor Ort</b>                         |
| <input type="checkbox"/> Frau | <input type="checkbox"/> bis 40 Jahre  | <input type="checkbox"/> elementar       | <input type="checkbox"/> Nichtraucher | <input type="checkbox"/> Ja        | <input type="checkbox"/> Schaltgetriebe     |
| <input type="checkbox"/> Mann | <input type="checkbox"/> über 40 Jahre | <input type="checkbox"/> kommunikativ    | <input type="checkbox"/> Raucher      | <input type="checkbox"/> unwichtig | <input type="checkbox"/> Automat            |
| <input type="checkbox"/> egal |  | <input type="checkbox"/> gut             | <input type="checkbox"/> E-Zigaretten |                                    | <input type="checkbox"/> Behindertengerecht |
|                               |  | <input type="checkbox"/> andere Sprachen | <input type="checkbox"/> egal         |                                    | <input type="checkbox"/> Automarke/Modell   |

**Gewünschte Hausarbeiten**

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

**Weitere Erwartungen und Wünsche an unsere Mitarbeiter**

**Wohnsituation**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Lage</b>                                    | <b>öffentliche Verkehrsmittel, zu Fuss</b> | <b>Wohnsituation</b>  |
| <input type="checkbox"/> Grossstadt-Zentral    | <input type="checkbox"/> ca. 5 min         | <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus                    |
| <input type="checkbox"/> Grossstadt-Ausserhalb | <input type="checkbox"/> ca. 10 min        | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus                   |
| <input type="checkbox"/> Kleinstadt            | <input type="checkbox"/> ca. 15 min        | <input type="checkbox"/> Parkplatz für Betreuerin vorhanden |
| <input type="checkbox"/> Dorf                  | <input type="checkbox"/> 15 min +          | <input type="checkbox"/> Sonstiges                          |
| <input type="checkbox"/> ländlich              |  |   |

**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
- Internet wird eingerichtet
- 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