

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

- | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| Geschlecht | Alter | Sprachkenntnisse | Raucher | Führerausweis | Auto vor Ort |
| <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

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
- Parkplatz für Betreuerin vorhanden
- 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
- 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