



## Bedarfsabklärung

### Zu betreuende Person

Anrede:

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Körpergrösse (in cm):

Gewicht (in kg):

Ort (Wohn- bzw. Einsatzort):

Postleitzahl:

Kanton:

### Dringlichkeit und Betreuungsbedarf

Ab wann wird Betreuung benötigt?

Wird erstmals 24h-Betreuung benötigt?

Werden Spitex-Dienste genutzt?

Ist professionelle Betreuung an 7 Tagen pro Woche nötig?

Wie lange wird die Betreuung voraussichtlich benötigt?

Wenn durchgehend Betreuung nötig ist: In welchem Turnus sollten sich ggf. mehrere Betreuungspersonen abwechseln?

## Gesundheitszustand

Gesundheitszustand & Krankheitsdiagnosen - bitte markieren Sie alle Beschwerden, die zutreffen (falls nötig bitte unter "Sonstige" ergänzen):

Alzheimer  
Altersbedingte Fragilität  
Allergien  
Angina Pectoris / Arthrose / Rheuma  
Asthma / Bronchitis  
Chronische Wunden  
Diabetes  
Leichte Demenz  
Schwere Demenz  
Depression  
Gehschwäche  
Herzinfarkt  
Herzschwäche  
HIV  
Hypertonie  
Inkontinenz  
Krebs  
Lungenerkrankungen  
Osteoporose  
Parkinson  
Multiple Sklerose  
Schlaganfall  
Schluckstörungen  
Schwerhörigkeit  
Sonstige Erkrankungen:

Bei Inkontinenz:

Harninkontinenz  
Starke Harn-Inkontinent  
Stuhlinkontinenz  
Starke Stuhl-Inkontinenz  
Katheter / Urinflasche  
Windelträger

## Einschränkungen & Kommunikation

Bitte teilen Sie uns mit, wo Sie im Alltag noch gut zurechtkommen und wo weniger.

Haushaltsführung:

Essen & Trinken:

Körperpflege & Hygiene:

Haut & Wunden:

Ein-/Durchschlafen:

Toilettengang:

An- und Auskleiden:

Bewegung / Treppensteigen:

Verständigung, Hören, Sprechen, Sehen:

Kognitiv / Gedächtnis:

Sich beschäftigen:

Verhaltensweise / Ängste:

Sonstige Einschränkungen:

Sind regelmässig Nachteinsätze erforderlich?

Bitte "Ja" antworten, wenn die Nachtruhe mehr als 2x mal pro Nacht unterbrochen ist oder eine ständige Beobachtung nötig ist.

Die zu betreuende Person ist selbst urteilsfähig:

Er / sie kann 2 Stunden alleine gelassen werden?

Von wem werden Medikamente verabreicht:

Bei eingeschränkter Mobilität:

Stock  
Gehwagen / Rollator  
Rollstuhl  
Bettlägerig

Vorhandene Hilfsmittel:

Nachtstuhl  
Gehwagen / Rollator  
Rollstuhl  
Elektrowagen  
Treppenlift  
Kranken-/Hebebett  
Brille  
Hörgerät  
Alarmknopf

Gibt es spezielle Ernährungserfordernisse? Allergien?

Alkohol-Genuss:

Appetit:

Ihre Beschreibung der zu betreuenden Person:

Müssen weitere Personen im Haushalt betreut werden?

Beschreibung des genauen Pflegebedarfs der 2. Person:

## Angaben zum gewünschten Personal

Geschlecht Personal

Alter

Wie wichtig sind Ihnen Deutschkenntnisse Ihrer Betreuungskraft?

Werden andere Sprachen benötigt?

Gewünschte Aufgaben:

Kochen & Servieren

Reinigen & Putzen

Waschen & Bügeln

Schutz & Begleitung

Gesellschaft & Unterhaltung

Einkaufen

Gartenarbeit

Haustier(e) betreuen

Führerausweis erforderlich?

Sind regelmässige Fahrdienste erwünscht?

Rauchen erlaubt?

Erhält die Betreuungskraft einen freien Tag?

Bitte den bevorzugten Wochentag eingeben

## Umfeld und Unterbringung

Wohnsituation:

Anzahl Zimmer:

Wohnlage:

Entfernung zu öffentlichen Verkehrsmitteln:

Entfernung zu nahen Einkaufsmöglichkeiten:

Der Pflegekraft steht zur Verfügung:

Einliegerwohnung

Eigenes Zimmer

Eigenes Bad

Internet / WLAN

TV

Telefon / Mobilfunkempfang

Fahrzeug vor Ort:

Schaltgetriebe

Automat

Barrierefrei (Automat)

Kein Fahrzeug vorhanden

Sonstige Fahrzeuge:

Gibt es Haustiere?

Welche Haustiere?

Bitte die Tierart eintragen. So können wir bei Kandidaten eventuelle Allergien abklären.

## Die Kontaktperson

Anrede:

Vorname:

Name:

Ihr Verwandtschaftsgrad (zur betreuten Person):

Telefon:

Mobil-Telefon:

E-Mail:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen und weitere hier eingegebenen Daten zur Planung, Abstimmung und Durchführung von Betreuungsdiensten gespeichert und genutzt werden dürfen.

---