

Fragebogen 24h Betreuung



Herzlich Willkommen bei 65+daheim Seniorenbetreuung,

wir bitten Sie diesen Fragebogen vollständig auszufüllen.

Ihre Angaben sind unsere Vorlage, eine passende Betreuungskraft für Sie zu finden.

Um laufend unserem Qualitätsstandard zu entsprechen ist es wichtig immer am aktuellen Stand zu sein. Daher bitten wir Sie bei Abweichungen oder Veränderungen der Daten, des Gesundheitsstatus und der zu verrichteten Aufgaben einen neuen Fragebogen auszufüllen.

Wir ersuchen Sie diesen an uns zu senden:

per Mail an: **24h-betreuung@65plusdaheim.at**

oder

per Post an: **65+daheim, Zollstraße 3, 6060 Hall in Tirol**

Vielen Dank für Ihren Beitrag!

Glossar:

Auftraggeberin = Erstkontakt und Anwesende beim Erstgespräch, der den Auftrag erteilt und zeichnungsberechtigt ist

Leistungsnehmerin = die zu betreuende Person, welche die 24h Betreuung in Anspruch nimmt

Ansprechpartnerin = Kontaktperson für 65+daheim für administrative, behördliche und qualitätssichernde Fragen und Belange sowie bei Notfällen

AUFTRAGGEBER

Vorname

Nachname + ggfls. Akad.Grad

Straße/Hausnummer/Stiege/Stock

Postleitzahl/Ort

Telefonnummer

E-Mail

Beziehungsverhältnis zur betreuten Person

Ist Rechnungsempfänger

ZU BETREUENDE PERSON

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Nachname + ggfls. Akad.Grad
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer/Stiege/Stock	Postleitzahl/Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Größe	Gewicht

2 Personen Haushalt Lebt eine weitere Person im Haushalt? Ja Nein
wenn ja, bitte weiter ausfüllen Benötigt diese Person auch Unterstützung? Ja Nein

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Nachname + ggfls. Akad.Grad
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Größe	Gewicht
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Größe	Gewicht
<input type="text"/>	Beziehungsverhältnis

ANSPRECHPARTNER

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Nachname + ggfls. Akad.Grad
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer/Stiege/Stock	Postleitzahl/Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beziehungsverhältnis zur betreuten Person	<input type="radio"/> Ist Rechnungsempfänger

GEWÜNSCHTER BETREUUNGSSTART

Wunschstart:

Betreuungsdauer:

- 1 Monat 2 Monate 3 Monate längerfristig

ANGABEN ZUM LEISTUNGSNEHMER

Pflegestufe:

- keine 1 2 3 4 5 6 in Arbeit

Bewusstseinslage:

- klar teilweise desorientiert stark desorientiert apathisch

Mobilität:

- uneingeschränkt mit Rollator/Gehstock mit Unterstützung bettlägrig
 im Rollstuhl kann selbstständig stehen bettlägrig mit Mobilisation in Rollstuhl o.ä.
 sonstige Beeinträchtigungen:

Allgemeinzustand:

- Hörstörung Sehstörung Schluckstörung Unruhe
 Schwäche Müdigkeit Appetitlosigkeit
 Schmerzen Sturzgefahr Schwindel

Krankheiten:

- Alzheimer/Demenz Schlaganfall MS-Patient ALS
 Parkinson Diabetes Herz-Kreislaufkrankung
 Bluthochdruck Tumorerkrankung Dekubitus (Druckgeschwür)
 Tracheostoma PEG-Sonde Stoma (Darmausgang, Urinausleitung)
 Depression Osteoporose Rheuma
 COPD-Sauerstoff Demenzeinstufung: 1 2 3

weitere Einschränkungen/Allergien:

Körperpflege:

eigenständig teilweise selbstständig unselbstständig

Toilette:

selbstständig mit Hilfe Katheder
 zeitweise inkontinent ständig inkontinent stuhlinkontinent

Hilfsmittel vorhanden:

Rollator Stock Rollstuhl Pflegebett
 Hebegurt Hebesitz Patientenlift Inkontinenzeinlagen

Ist derzeit ein Pflegedienst vorhanden? Ja Nein

Soll dieser weiter tätig sein? Ja Nein

Hobbys des Leistungsnehmers:**Anmerkungen zum Leistungsnehmer:****ANGABEN ZUM HAUSHALT**

Haushaltsfläche: m² Haus Wohnung

Gibt es Haustiere? Ja Nein Welche?

Gibt es Internet? Ja Nein

Steht ein Auto zur Verfügung? Ja Nein

Anmerkungen zum Haushalt:

GEWÜNSCHTE BETREUUNGSTÄTIGKEITEN

Körperhygiene:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teilwäsche | <input type="checkbox"/> Duschen/Baden | <input type="checkbox"/> Waschen im Bett |
| <input type="checkbox"/> Rasieren | <input type="checkbox"/> Zahnpflege | <input type="checkbox"/> Haarpflege, Hautpflege |
| <input type="checkbox"/> Begleitung zur Toilette | <input type="checkbox"/> Kathederversorgung | <input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim An- und Auskleiden | | |

Essen und Trinken:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einkauf von Lebensmitteln | <input type="checkbox"/> Zubereitung von Mahlzeiten |
| <input type="checkbox"/> Diätküche | <input type="checkbox"/> Verabreichen von Mahlzeiten |
| <input type="checkbox"/> Achten auf Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> Achten auf ausreichendes Essen und Trinken |

Nachtbetreuung:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> regelmäßig mehrmals die Nacht | <input type="checkbox"/> regelmäßig 1-2 mal die Nacht |
| <input type="checkbox"/> fallweise | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> unklar | |

Arbeiten in und ums Haus:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reinigungstätigkeiten | <input type="checkbox"/> Wäscheversorgung |
| <input type="checkbox"/> Gartenarbeiten | <input type="checkbox"/> Haustiere versorgen |

Sonstige:

Aktivitäten außer Haus:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Erledigen von Besorgungen | <input type="checkbox"/> Arztbesuch |
| <input type="checkbox"/> Auto fahren | <input type="checkbox"/> Gemeinsame Ausflüge |

Sonstige:

Freizeitgestaltung:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bewegung fördern | <input type="checkbox"/> Mental fördern | <input type="checkbox"/> Lesen und vorlesen |
| <input type="checkbox"/> Spazieren gehen | <input type="checkbox"/> Spiele spielen | <input type="checkbox"/> Basteln |

Sonstige:

Anmerkungen zu den Betreuungstätigkeiten:

ANGABEN ZUR BETREUUNGSKRAFT

Sprachkenntnisse (Mindestanforderung):

A2 (Grundkenntnisse) B1 (Fortgeschritten) ab B2 (sehr gute Kenntnisse)

Geschlecht:

egal bevorzugt weiblich bevorzugt männlich
 unbedingt weiblich unbedingt männlich

Raucher:

egal Nichtraucher von Vorteil

Führerschein:

egal von Vorteil

Anmerkungen zur Betreuungskraft:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ich bin mir bewusst, dass dieser Fragebogen - im Falle einer Beauftragung - Bestandteil des Dienstleistungsvertrages sein wird.

Der Vermittler ist berechtigt, kundenspezifisch erhobene Daten schriftlich und auf EDV-Datenträger zu speichern und im Rahmen der zur Vermittlung notwendigen Tätigkeiten und Datenaustauschvorgänge zu verwenden. Weitere Verwendungsarten oder gar Weitergabe an Dritte außerhalb der eigentlichen Tätigkeit sind ohne vorherige ausdrückliche Genehmigung des Kunden nicht gestattet. Die Daten bleiben für die Dauer eines Vermittlungsvorganges und darüber hinaus für die Dauer eines bestehenden Vertragsverhältnisses gespeichert. Weitere Speicherungen erfolgen zu Buchungszwecken im nötigen Umfang. Der Auftraggeber versichert, Daten vorgestellter BetreuerInnen ausnahmslos nicht an Dritte weiterzuleiten oder Einsicht zu gewähren.

Ort, Datum

Name