

Jopia 24 Stunden Seniorenbetreuung

... einfach zu Hause sein

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen. Sollen zwei Personen betreut werden, bitten wir Sie, zwei Fragebögen auszufüllen.

Kontaktperson

Name der Kontaktperson _____

Adresse _____

Handynummer _____

Telefonnummer im Büro _____

private Telefonnummer _____

Email-Adresse _____

Zu betreuende Person

Name der zu betreuenden Person _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Größe _____

Gewicht _____

Wohnt die Person alleine? ja nein

Falls nein, wie viele Personen leben im Haushalt _____

Verwandtschaftsgrad zwischen der zu betreuenden und der Kontaktperson? _____

Pflegestufe

keine 1. 2. 3. Härtefall

Beantragt 1. 2. 3. Härtefall

Jopia 24 Stunden Seniorenbetreuung

... einfach zu Hause sein

Pflegedienst

Erfolgt z. Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst ja nein

Wenn ja, soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden: ja nein

Wie oft täglich _____

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Diagnosen/ Beeinträchtigungen

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Ödeme | | |

Ansteckende Krankheiten: _____

Tumor/ Krebserkrankungen: _____

Schlaganfall, Beeinträchtigungen: _____

Allergien: _____

Sonstiges: _____

Jopia 24 Stunden Seniorenbetreuung

... einfach zu Hause sein

Kommunikation möglich?

Sprache gut zeitweise gar nicht

Hörvermögen gut zeitweise gar nicht

Sehkraft gut zeitweise gar nicht

Hilfsmittel vorhanden?

Hörgerät ja nein

Brille ja nein

Orientierung vorhanden?

Zeitlich ja zeitweise gar nicht

Örtlich ja zeitweise gar nicht

Persönlich ja zeitweise gar nicht

Bewegung

selbstständig mit Unterstützung

überwiegend im Rollstuhl Bettlägerig

Hilfsmittel vorhanden?

Rollstuhl Rollator Unterarmgehstützen

Pflegebett Dekubitusmatratze Lifter

Sonstiges _____

Jopia 24 Stunden Seniorenbetreuung

... einfach zu Hause sein

Körperpflege	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterstützung
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß/Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen/waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eincremen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich		
Hilfsmittel vorhanden?				
<input type="checkbox"/> Bad behindertengerecht	<input type="checkbox"/> Badelifter	<input type="checkbox"/> Duschhocker/-sitz		

Urinkontrolle		
<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent (z.B. nachts)	<input type="checkbox"/> inkontinent
Hilfsmittel vorhanden?		
<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Urinflasche
<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> suprapubischen Katheter	<input type="checkbox"/> Bettpfanne

Stuhlkontrolle		
<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent (z.B. nachts)	<input type="checkbox"/> inkontinent
Hilfsmittel vorhanden?		
<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Anus Praeter	<input type="checkbox"/> Bettpfanne

An-/Auskleiden		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig



Jopia 24 Stunden Seniorenbetreuung

... einfach zu Hause sein

Essen/Trinken

selbstständig

braucht Hilfe z. B. beim Schneiden

komplett hilfsbedürftig

Diät

keine

Ja (welche): _____

Aktuelle Therapien

keine

Krankengymnastik

Logopädie

Sonstige: _____

Ein-/Durchschlafen

keine Probleme

Schlaf-/Wachrhythmus gestört

Sporadisch

Steht der Betreute nachts auf?

nein

1 mal

2-3 mal

mehr als 3 Mal

Bekommt er/sie Schlafmittel?

ja

nein

Wie ist die zu betreuende Person von Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung)

Hobbys, Tagesablauf, Essgewohnheiten , Rituale (Aufstehen, Zubettgehen usw.), Individuelle Hilfestellung, sonstiges

Jopia 24 Stunden Seniorenbetreuung

... einfach zu Hause sein

Wer wird Vertragspartner? _____

Wer wird Vertragsempfänger? (postalisch) _____

Wer wird Rechnungsempfänger? _____

Zusätzliche Voraussetzungen

Haustiere keine ja, welche: _____

Sollen die Haustiere mitversorgt werden? ja nach Bedarf nein

Kochen/ Essenvorbereitung immer gelegentlich nein

Waschen immer gelegentlich nein

Bügeln immer gelegentlich nein

Begleitung bei Arztbesuchen immer gelegentlich nein

Einkaufen immer gelegentlich nein

Gartenpflege m² _____ immer gelegentlich nein

Winterdienst immer gelegentlich nein

Reinigung der Wohnung immer gelegentlich nein

Gibt es eine Haushaltshilfe? ja nein

Wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz? _____

Welche weitere Hilfen benötigt der Patient im Haushalt?

Jopia 24 Stunden Seniorenbetreuung

... einfach zu Hause sein

Anforderungen und Rahmenbedingungen an den Hausengel

- Geschlecht weiblich männlich egal
- qualifizierte Fachkraft Betreuer(in)/Hauswirtschaftskraft
- Alter 20-30 Jahre 30-40 Jahre 40-50 Jahre
- älter als 50 Jahre egal

Sprachkenntnisse

- Stufe 1: Gute, nicht muttersprachliche Deutschkenntnisse. Fragen werden vollständig und grammatikalisch gut verständlich beantwortet. Eine Unterhaltung am Telefon ist gut möglich.
- Stufe 2: Gute Sprachkenntnisse mit grammatikalischen Fehlern. Kommunikation ist gut möglich, auch wenn einfachere Formulierungen genutzt werden müssen. Unterhaltung am Telefon ist möglich.
- Stufe 3: Durchschnittliche Sprachkenntnisse sind vorhanden. Kommunikation mit einfachen Sätzen und Halbsätzen ist möglich. Unterhalten am Telefon ist schwierig.
- Stufe 4: Grundkenntnisse der deutschen Sprache sind vorhanden, so dass eine Kommunikation sehr langsam, eingeschränkt und stark vereinfacht möglich ist. Telefonieren ist nicht empfehlenswert.

Darf der Hausengel rauchen? ja, draußen nein

Nachteinsätze erforderlich? ja nein wenn ja, wie oft _____

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an den Hausengel?
(Charakter, Eigenschaften, Körperliche Belastbarkeit)

Rahmenbedingungen

- Lage Großstadt-zentral Großstadt-abgelegen Kleinstadt
- Dorf
- Wohnsituation Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung
- m² _____ Etagen _____ Zimmer _____
- Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß) ca. 10 min. ca. 20 min. ca. 40 min.
- 1 Stunde länger als 1 Stunde
- Angehörige wohnen nicht in der Nähe im gleichen Ort im gleichen Haus

Jopia 24 Stunden Seniorenbetreuung

... einfach zu Hause sein

Ausstattung des Zimmers für den Hausengel

eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV Internet

Anmerkungen:

Wunschkdauer des Einsatzes

2-4 Monate Dauerhaft Verhinderungsbetreuung (mind. 4 Wochen)

Geplanter Beginn des Einsatzes: _____

Was ist Ihnen außerdem noch wichtig:

Bitte senden Sie diesen Fragebogen

per Fax:
0711-9319128

per Post:
Jopia
24 Stunden Seniorenbetreuung
Schorndorfer Str. 65
73730 Esslingen

per Email:
jopia@web.de