

Spitex MediKo

Ihre unverbindliche Anfrage für eine 24 Stunden Betreuung

Suchen Sie nach der geeigneten Betreuungs- bzw. Pflegeperson? Bitte den Fragebogen ausfüllen und uns per Post senden an:

Spitex MediKo GmbH, Glamerstrasse 88, 8854 Siebnen

*Diese Felder werden mindestens benötigt um Ihre Angaben verarbeiten zu können.

KONTAKTANGABEN:

Zu betreuende Person

Name *	<input type="text"/>
Vorname *	<input type="text"/>
Geburtsdatum *	<input type="text"/>
Strasse und Nr. *	<input type="text"/>
PLZ *	<input type="text"/>
Ort *	<input type="text"/>
Telefonnummer Haus *	<input type="text"/>
Telefonnummer Mobil	<input type="text"/>
Email Adresse *	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/>
Grösse	<input type="text"/>

Ansprechperson (wenn anders als Punkt I.)

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Verwandschaftsgrad:	<input type="text"/>
Strasse und Nr.	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Telefonnummer Haus	<input type="text"/>
Telefonnummer Mobil	<input type="text"/>
Email Adresse	<input type="text"/>
Am besten erreichbar (Tag/Uhrzeit)	<input type="text"/>

Ab wann ist die Betreuung erwünscht?

Betreuungszeiten

- 24 Stunden Betreuung
 Tagesdienst
 Stundenweise
 Nachtdienst

Momentane Versorgung

Ja Nein

Wenn Ja: Wie oft ist die zuständige Institution vor Ort und welche Tätigkeiten erbringt?

ÜBER DIE ZU BETREUENDE PERSON

Diagnosen und Krankheitsbild

- | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Geheschwäche |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |

Andere:

Andere:

Weitere nennenswerte Einschränkungen

Weitere nennenswerte Einschränkungen

Hilfsmittel (z.B.: Bettenlift)

Hilfsmittel (z.B.: Bettenlift)

Kommunikationseinschränkung

- Sprache
- Sehekraft
- Hörvermögen

An-/und auskleiden

- selbstständig
- benötigt Hilfe
- komplett hilfsbedürftig

Toilettengang

- selbstständig
- benötigt Hilfe
- komplett hilfsbedürftig

Essen/Trinken

- selbstständig
- benötigt Hilfe
- komplett hilfsbedürftig

Körperpflege

- selbstständig
- teilweise selbstständig
- unter Anleitung
- komplette Unterstützung

Bewegung

- selbstständig
- mit Unterstützung
- überwiegend im Rollstuhl
- bettlägerig

Ein-/Durchschlafen

- Keine Probleme
- Sporadische Störungen
- Schlaf-/Wach Rhythmus gestört

Betreuende Person steht auf pro Nacht

- 1 mal
- 2-3 mal
- Mehr als 3 mal

Angaben über Verhaltensweise

- aggressiv
- zurückhaltend
- aufgeschlossen

Welche Interesse hat Sie/Er?