



Einsatzformular zu den Entlastungsdiensten zu Hause

Auftraggebende:

Nachname	Vorname
Strasse/Nummer	PLZ/Ort
Festnetz	Mobil
E-Mail	Beziehungsart
Muttersprache	

Zu betreuende Person:

Nachname	Vorname
Strasse/Nummer	PLZ/Ort
Festnetz	Mobil
Geburtsdatum	Zivilstand
Muttersprache	E-Mail

Rechnungsadresse:

--

Situationsbeschreibung:

--

Erkrankungen/ Diagnosen / Beschwerden:

--





Medikamente:

Medikamente zur Blutverdünnung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamente zur Behandlung einer Epilepsie:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamente zur Diabetesbehandlung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weiteres:		

Allergien:

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche?	
Was ist zu beachten?	

Notfallsituationen:

Welche Notfallsituationen könnten eintreffen und welche Massnahmen sind zu ergreifen?

Wer ist im Notfall zu benachrichtigen (Name, Telefonnummer, Beziehung):

Im gleichen Haushalt wohnende Personen (Name, Beziehung):





Braucht es eine regelmässige Anwesenheit einer Bezugsperson?

stundenweise	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
andauernd	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Grad der Selbständigkeit :

Essen / Trinken	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nein
An-/ Ausziehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Mobilität	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Toilettengang	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung

Hilfsmittel:

Mobilität	<input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> andere:
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/> Zahnprothese oben <input type="checkbox"/> Spezialgeschirr	<input type="checkbox"/> Zahnprothese unten <input type="checkbox"/> andere:
Ausscheidung	<input type="checkbox"/> Einlagen <input type="checkbox"/> WC-Stuhl	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter <input type="checkbox"/> andere:
Diverse	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Notrufknopf	<input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> andere:

Ein Notrufsystem kann die Sicherheit zu Hause wesentlich erhöhen. Wünschen Sie eine Beratung zu diesem Angebot? ja nein

Sicherheit vor Ort (Umfeld / Haushalt):

Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Stockwerke	<input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> andere:
Treppen	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Balkone	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Schlüsseldepot	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Schlüsselsafe	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Code:
Parkplatzsituation für SRK		
Speziell zu beachten		





Ist die zu betreuende Person desorientiert? ja nein

Orientierung	ja	meistens	selten	nein
Findet sich zurecht in der Wohnung				
Findet sich ausserhalb der Wohnung zurecht				
Kennt die Tageszeit die Wochentage/die Jahreszeit				
Erkennt Bezugspersonen (Rolle/ Position im Familienkreis)				
Erinnert sich an Personen in Bezuge auf seine / ihre Lebensgeschichte				
Gefühle	ja	meistens	selten	nein
Wirkt entspannt ruhig und zufrieden				
Wirkt angespannt, unruhig unglücklich				
Wirkt traurig und/oder antriebslos				
Wirkt ängstlich				
Hört und sieht Dinge oder Begebenheiten, die sonst niemand hört / sieht				
Weiteres:				

Bewegung	ja	meistens	selten	nein
Wirkt aktiv und voller Tatendrang				
Hat grossen Bewegungsdrang				
Beschatten (ständig überall hin folgen)				
Weglaufgefahr				
Sturzgefahr				
Weiteres:				





Essen und Trinken	ja	meistens	selten	nein
Appetitverlust / Essensverweigerung				
Kein Sättigungsgefühl				
Weiteres:				
Tag-/ Nachtrhythmus	ja	meistens	selten	nein
Probleme mit Schlafen / Wachen (z.B. Tag-/ Nachtrhythmus-/ Umkehr)				
Nicht angemessenes Verhalten	ja	meistens	selten	nein
Enthemmt (distanzlos, zudringlich usw.)				
Unangepasstes Verhalten in der Öffentlichkeit				
Wirkt bedrohlich				
Beschädigt Gegenstände				
Selbst- und/oder Fremdgefährdung				
Weiteres:				

Beschäftigungen/Tagesstruktur während des Einsatzes:





Fähigkeiten und Vorlieben der zu betreuenden Person

Frühere/r Arbeit / Beruf	
Hobbies (auch frühere, welche aufgegeben wurden)	
Sportliche Aktivitäten	
Arbeiten in Haus und Garten	
Geistige Ressourcen: Beispielsweise Fremdsprachen, Sachthemen, Lesen, Spiele, Bilder anschauen	
Soziale Kontakte / Kommunikation	



