

Bedarfsabklärung Tagesbetreuung



gültig ab 1. Januar 2024

Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Aufenthalt: _____

Mobilität

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fortbewegung im Rollstuhl / Rollator / Gehstock | <input type="checkbox"/> selbständig |
| <input type="checkbox"/> Hilfestellung beim Transfer: Sitzen / Stehen / Liegen / Gehen | <input type="checkbox"/> Gehtraining |

Bemerkungen:

Ernährung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> normale Kost | <input type="checkbox"/> selbständige Nahrungsaufnahme |
| <input type="checkbox"/> Diabetesdiät | <input type="checkbox"/> andere Kostformen |
| <input type="checkbox"/> Anwenden von Spezialbesteck | <input type="checkbox"/> Anwenden von Spezialgeschirr / Tellerrand |
| <input type="checkbox"/> Kontrolle der Trinkmenge | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Essen |

Bemerkungen:

Medikation

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> selbständige Medikamenteneinnahme |
| <input type="checkbox"/> Medikamente richten | <input type="checkbox"/> Injektionen ausführen |
| <input type="checkbox"/> Einnahme überwachen | <input type="checkbox"/> Blutdruck messen |
| <input type="checkbox"/> Blutzucker bestimmen | |

Bemerkungen:

Pflege / Therapien

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mund- und Zahnpflege | <input type="checkbox"/> Prothese reinigen |
| <input type="checkbox"/> Nagelpflege | <input type="checkbox"/> Fusspflege durch Podologin |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie nach ärztlicher Verordnung | <input type="checkbox"/> Coiffeur Besuch nach tel. Anmeldung |

Bemerkungen:

Toilettenbenutzung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> Hilfe beim An- und Auskleiden |
| <input type="checkbox"/> muss erinnert werden / begleitet werden | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Reinigen |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz Material | Produkt: |
| <input type="checkbox"/> DK Träger | |

Bemerkungen:

Bedarfsabklärung Tagesbetreuung



gültig ab 1. Januar 2024

Sozialkompetenzen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Kommunizieren mit anderen | <input type="checkbox"/> selbständig / verhält sich adäquat |
| <input type="checkbox"/> kann sich selber wahrnehmen | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Sprechen (Sprachstörung) |
| <input type="checkbox"/> Muttersprache: | |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung beim Aufnehmen von Kontakten mit Einzelnen, mit Gruppen | |

Bemerkungen:

Unterstützung / Pflege zu Hause

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> selbstständig |
| <input type="checkbox"/> Probleme zuhause | <input type="checkbox"/> Spitex |
| <input type="checkbox"/> Hilfe durch Ehepartner / Lebenspartner | <input type="checkbox"/> Nachbarschaftspflege / Privatpflege |
| <input type="checkbox"/> Dauerbetreuung nötig | |

Bemerkungen:

Orientierung und Denkvermögen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> voll orientiert | <input type="checkbox"/> zeitweise desorientiert |
| <input type="checkbox"/> dauernd desorientiert | <input type="checkbox"/> leicht / mittelgradige / schwere Gedächtniseinbussen |
| <input type="checkbox"/> verlangsamt im Denken | <input type="checkbox"/> komplizierte Handlungsabläufe, sind nicht mehr nachvollziehbar |
| <input type="checkbox"/> Weglaufgefahr | |

Bemerkungen:

Psyche Befindlichkeit

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> stabil / ausgeglichen | <input type="checkbox"/> ängstlich |
| <input type="checkbox"/> zeitweise / überwiegend deprimiert | <input type="checkbox"/> antriebslos |
| <input type="checkbox"/> psychomotorische Unruhe/ Aggressivität | <input type="checkbox"/> paranoide Ideen |

Bemerkungen:

Besonderheiten
