



Einsatzformular zu den Entlastungsdiensten "Lumicino" und "Dementia Care"

Angaben zur betreuenden Person

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

Art der Erkrankung / Beschwerden

Notfallsituationen

Welche Notfallsituationen könnten eintreffen und welche Massnahmen sind zu ergreifen?

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? ja nein

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

selbstständig

mit Unterstützung

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

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"/>
Speziell zu beachten:		

Ist die zu betreuende Person desorientiert? ja nein

Wenn ja, wie lange besteht die Desorientierung bereits? _____ Jahre

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:				





Fähigkeiten und Vorlieben der zu betreuenden Person

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





Welche Organisationen sind bereits in der Betreuungssituation involviert?

Spitex	
Mahlzeitendienst	
Pro Senectute	
Andere Organisationen	

Sozialversicherungen / Versicherungen	Ja	Nein
Anspruch auf Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antrag auf EL Entschädigung erfolgt? www.sva-ag.ch/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV BezügerIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzversicherung Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antrag auf Hilflosenentschädigung erfolgt? www.sva-ag.ch/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Damit wir die Einsätze für Sie planen können bitten wir Sie um folgende Angaben

Gewünschter Einsatzstart (Datum)	
Gewünschte Einsatzzeit	
Einsatzvolumen (Anzahl Stunden wöchentlich)	





Mögliche Einsatztage

Bitte geben Sie uns alle Ihre möglichen Zeiten an. Auf Grund dieser Angaben werden wir die passende/n Betreuungsperson/en für Sie suchen.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Wochenende
Vormittag						
Nachmittag						
Ganzer Tag						
Andere Einsatzzeiten						

- Die Mindesteinsatzdauer pro Einsatz beträgt 3 Stunden

Wie wurden Sie auf das Angebot aufmerksam (z. B. Empfehlung von Arzt, Sozialdienst o.ä., Online, Inserat, Empfehlung von Bekannten/Freunden, Zeitungsartikel, Flyer etc.)?

Hiermit bestätige ich die AGB gelesen zu haben und stimme ihnen zu

Personen, die sich unsere Tarife nicht leisten können, gewähren wir in begründeten Fällen einen Rabatt. Bitte teilen Sie uns Ihre Situation rechtzeitig mit, damit wir Sie gezielt informieren können. [Tarifübersicht SRK Kanton Aargau](#)

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben mit meiner Unterschrift.

Ort Datum Unterschrift der Auftraggeberin/des Auftraggebers

