

FRAGEBOGEN – Betreuungsbedarf



Gespräch mit/ausgefüllt von: _____ am _____

Name TN _____ Reise: _____

MOBILITÄT		Fußgeher*in	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Wie weit?	
Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Art des Rollstuhls (Handrolli, Größe, Gewicht, faltbar, ...)	
		Wie weit kann allein gefahren werden?	
		Ist Schiebehilfe notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Transfer	Ist selbständiger Transfer in Bus, Flugzeug, ... möglich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ist Stehen möglich?
	Sind techn. Hilfsmittel notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche?
	Gewicht:		
Gehilfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Art der Gehilfe (Rollator, mit/ohne Sitzgelegenheit, faltbar, ...)	
		Wird nur im Zimmer verwendet od. auch unterwegs?	
		Welche Distanzen können zurückgelegt werden?	
		Sollen wir einen Rollstuhl mitnehmen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

PFLEGE	notwendig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anmerkungen		

MEDIKAMENTE		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Selbständige Einnahme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Medikamentenliste vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

INKONTINENZ		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie umfangreich ist die Inkontinenz?		
Werden Einlagen getragen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche?
tagsüber/nachts		

KOMMUNIKATION		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Verständigung möglich? Können Bedürfnisse mitgeteilt werden, ...?			

KOOPERATION	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bleibt TN bei der Gruppe? Werden Vereinbarungen eingehalten? ...		

ESSEN			
Essgewohnheiten			
Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche?
Ist Unterstützung notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche Art?

DEMENZ		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wie ausgeprägt ist die Demenz?			
Wie macht sie sich bemerkbar?			
Was ist zu beachten?			

DIABETES		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche Form?			
Medikamente			
Spritzen (Ist Verabreichung nötig?) Wie oft muss gespritzt werden?			

ALLERGIEN		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche?			
Worauf muss geachtet werden?			

SEHBEEINTRÄCHTIGUNG		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Grad der Sehbeeinträchtigung (Tunnelblick, ...)			
Wird ein Gehstock verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Ist Hilfe beim Gehen notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Art der Hilfe?

Sonstige Anmerkungen: