

Мы всегда рады обсудить анкету в телефонном режиме.

Для этого просто позвоните по номеру: Tel.: **07221/702 89 89**, Mobil: **0170/996 85 42**

или отправьте заполненную форму на e-mail: **kontakt@zabota24.de**

Начало работы:  как можно скорее

с \_\_\_\_\_

## КОНТАКТНОЕ ЛИЦО

Фамилия, Имя: \_\_\_\_\_

Улица, № дома: \_\_\_\_\_ Индекс, город: \_\_\_\_\_

Моб. тел.: \_\_\_\_\_ Тел.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Родственная связь с подопечным: \_\_\_\_\_

## ПОДОПЕЧНЫЙ

Фамилия, Имя: \_\_\_\_\_

Улица, № дома: \_\_\_\_\_ Моб. тел.: \_\_\_\_\_

Индекс, город: \_\_\_\_\_ Тел.: \_\_\_\_\_

## ИНФОРМАЦИЯ О ПОДОПЕЧНОМ

Группа инвалидности/Pflegegrad

1

2

3

4

5

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Вес: \_\_\_\_\_ (кг) Рост: \_\_\_\_\_ (см)

### Диагнозы и причины потребности в уходе

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ампутация                 | <input type="checkbox"/> Одиночество         | <input type="checkbox"/> Инфаркт/заболевание сердца             |
| <input type="checkbox"/> Старческая слабость       | <input type="checkbox"/> Тревожные состояния | <input type="checkbox"/> Слабость (после пребывания в больнице) |
| <input type="checkbox"/> Рак                       | <input type="checkbox"/> Депрессия           | <input type="checkbox"/> Болезнь Паркинсона                     |
| <input type="checkbox"/> Несчастный случай/падение | <input type="checkbox"/> Инсульт             | <input type="checkbox"/> Деменция (напр. болезнь Альцгеймера)   |
| <input type="checkbox"/> Ревматические заболевания | <input type="checkbox"/> Диабет              |   |
| <input type="checkbox"/> Другие:                   |  |   |

### Основная причина потребности в уходе

## Недержание

Страдает ли подопечный недержанием?

- Нет
- частично (напр. по ночам)
- Да:       Моча       Кал       Постоянный катетер
- Стома (мочеточник)       Стома (кишечник)

## Смена вкладышей или подгузников:

- самостоятельно                       опекуном

## Подвижность

Является ли подопечный подвижным?

- Да       Да, с ролятором или тростью       Да, на коляске       Нет

Существует ли высокий риск падения?       Да       Нет       Уже произошло

Является ли подопечный лежачим?       Да       Нет

Требуется ли физически сильный опекун?       Да       Нет

## Душевное состояние

- Нарушения отсутствуют       Нарушение суточного ритма       Стремление убежать
- Расстройство личности с ...
- Агрессивностью       Апатией (равнодушием)       Сильной тревогой
- Другое: \_\_\_\_\_

## Способность к общению

- Зрение:     не ограничено       ограничено       почти слепой       слепой
- Слух:       не ограничено       ограничено       почти глухой       глухой
- Речь:       не ограничено       ограничено       почти немой       немой

**Страдает ли подопечный инфекционными заболеваниями или является носителем (напр. MRSA/ESBL/Гепатит)?**

- Да, следующими: \_\_\_\_\_
- Нет

## Планируется ли в будущем привлечение амбулаторной службы по уходу?

- Да (1 раз в неделю)       Да (несколько раз в неделю)       Да (1 раз в день)       Да (несколько раз в день)
- Задачи: \_\_\_\_\_
- Нет

# ЗАДАЧИ ПО УХОДУ

## Легкие виды деятельности

Для чего требуется ежедневная помощь?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Гигиена тела        | <input type="checkbox"/> Напоминание о необходимости приема медикаментов<br>(Примечание: Самостоятельное приготовление<br>медикаментов для приема запрещено законодательством.) |
| <input type="checkbox"/> Интимная гигиена    | <input type="checkbox"/> Контроль употребления жидкости   |
| <input type="checkbox"/> Одевание/раздевание | <input type="checkbox"/> Запись и сопровождение к врачам  |
| <input type="checkbox"/> Прием пищи          | <input type="checkbox"/> Помощь при посещении туалета   |
| <input type="checkbox"/> Другое:             |   |

## Уход в ночное время

Требуется ли уход в ночное время?

- Нет       Да, иногда       Да, каждую ночь

## Увлечения и любимые занятия подопечного

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Приготовление пищи | <input type="checkbox"/> Прогулки          | <input type="checkbox"/> Музыка               |
| <input type="checkbox"/> Природа/Животные   | <input type="checkbox"/> Чтение/литература | <input type="checkbox"/> Просмотр телепередач |
| <input type="checkbox"/> Рукоделие          | <input type="checkbox"/> Настольные игры   |   |
| <input type="checkbox"/> Другое:            | _____                                      |   |

## Работа по дому

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Приготовление еды                  | <input type="checkbox"/> Уборка помещений, если да: _____ кв.м                              |
| <input type="checkbox"/> Уход за цветами и балконом         | <input type="checkbox"/> Стирка/глажение белья <input type="checkbox"/> Походы за покупками |
| <input type="checkbox"/> Домашние животные, если да: какие? | _____   |

## ОПЕКУН

Запланированный срок работы: \_\_\_\_\_

Предпочитаемый пол:     женский     мужской

Предпочитаемый возраст:     <30     30-40     40-50     >50     не имеет значения

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung, einzusehen unter: <http://www.zabota24.de/datenschutzerklaerung/>. Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der Zabota24 kontaktiert zu werden.

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Дата: \_\_\_\_\_