

Questionario clienti

1. Informazioni generali

Contatto

 Signor

Signor Cognome: _____

Telefon _____

Nome: Via: _____

o: Fax: _____

Codice _____

Cellular _____

postale/città: _____

e: E- _____

mail: _____

Chi è la parte contraente? Persona di BeneficiarioChi è il destinatario della contatto Persona Beneficiariofattura? Contatto postale: di contatto Beneficiario Beneficiario

Beneficiario

 Individuale Coppia

Paziente 1

 Sign ora Il Sig.

Cognome: _____

Nome: _____

Altezza del corpo in cm: _____

Peso in kg: Data di _____

nascita: _____

Paziente 2

 Sign ora Il Sig.

Cognome: _____

Nome: _____

Città: E- _____

mail: _____

Indirizzo

Via: _____

Codice _____

postale/ _____

Altezza del corpo in cm: _____

Telefon _____

Peso in kg: Data di

o: Fax: _____

nascita:

Cellular _____

e:

**Rapporto con la persona di
contatto:**

Madre

Padr
e

Coniuge

/Durata dell'incarico:

Inizio dell'operazione: _____

2. Condizioni di vita

La/e persona/e da assistere vive/no

In un condominio In una casa unifamiliare In un appartamento Area

domestica: _____

Grande città Piccola città Villaggio

Shopping: Badante Famiglia

I negozi sono raggiungibili a piedi: 10 minuti 20 minuti 30 minuti Nessuno

Informazioni sugli animali domestici

sì no

Sono presenti animali domestici?

Se sì, quali: _____

Gli animali domestici devono essere accuditi? sì no

Dotazione della stanza dell'assistente

Bagno proprio WC proprio

TV

Accesso a internet C'è Esiste già Da installare

un giardino? sì no

È disponibile una bicicletta? Sì no no

È disponibile un'auto? Sì

Se sì, quale: _____

Altre osservazioni:

3. Stato di salute

Livello di cura

Paziente 1	<input type="checkbox"/> sì	Se sì, quali?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> nessuno	Richiesta:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Paziente 2	<input type="checkbox"/> sì	Se sì, quali?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> nessuno	Richiesta:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Diagnosi

Paziente 1

- Difficoltà di deambulazione legate
 all'età Morbo di Parkinson
 Diabete
 Diabete Insulino-dipendente Ictus
 destra
 sinistra Disturbi
 del linguaggio
 Perdita dell'udito
 Ipovisione
 Osteoporosi
 Reumatismi
 Ulcere da
 pressione Allergie
 Insufficienza
 cardiaca Infarto
 Ipertensione
 Asma
 Cancro, dove? _____
 SM
 Altre malattie: _____

Paziente 2

- Difficoltà di deambulazione legate
 all'età Morbo di Parkinson
 Diabete
 Diabete Insulino-dipendente Ictus
 destra
 sinistra Disturbi
 del linguaggio
 Perdita dell'udito
 Ipovisione
 Osteoporosi
 Reumatismi
 Ulcere da
 pressione
 Allergie
 Insufficienza
 cardiaca Infarto
 Ipertensione
 Asma
 Cancro, dove? _____
 SM
 Altre malattie: _____

3. Stato di salute

Stato mentale

Paziente 1

- chiaro
 apatico
 confuso
 Demenza: Nelle fasi
 iniziali Avanzata fino all'età normale
 depressiv
 o
 aggressiv
 o
 Alzheimer
 Disorientamento: al luogo al momento sulla persona

Paziente 2

- chiaro
 apatico
 confuso
 Demenza: Nelle fasi
 iniziali Avanzata fino all'età normale
 depressivo
 Alzheimer
 aggressivo
 Disorientamento: al luogo al momento sulla persona

Mobilità / Movimento

Paziente 1

- indipendente
 con assistenza/mobilità limitata
 con bastone
 Con ausilio per la deambulazione
 con rollator Piatto All'esterno
 con sedia a
 rotelle
 costretto a
 letto

Il paziente ha bisogno di essere girato nel letto?

- sì no

Trasferimento / Sedia a rotelle

Paziente 1

- in modo
 indipendente
 con l'aiuto di

Paziente 2

- indipendente
 con assistenza/mobilità limitata con
 bastone
 Con ausilio per la deambulazione
 con rollator Piatto All'esterno
 con sedia a
 rotelle
 costretto a
 letto

Dal letto alla sedia a rotelle Sedile sollevabile
 Imbragatura Sollevatore di
 trasferimento Montascale
 Letto di degenza
 Materasso per decubito

Il paziente ha bisogno di essere girato nel letto?

si no

a Sollevatore

di
trasferimento

Montascale

Letto di

degenza

Materasso per decubito

Paziente 2

a
u
t
o
n
o
m
a
m
e
n
t
e
c
o
n
l'
a
i
u
t
o
d
i

Dal letto alla sedia a

rotelle Sedile

sollevabile

l
m
b
r
a
g
a
t
u
r

4. Igiene personale

Cura del corpo

Paziente 1

	Autop ermane nte	con l'aiut o di	Supporto completo
Vestizione / svestizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene orale / protesi dentaria Parte superiore del corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glutei / Gambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavaggio e pettinatura dei capelli Cura delle mani e dei piedi Rasatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paziente 2

	Autop ermane nte	con l'aiut o di	Supporto completo
Vestizione / svestizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene orale / protesi dentaria Parte superiore del corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glutei / Gambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavaggio e pettinatura dei capelli Cura delle mani e dei piedi Rasatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andare in bagno

Paziente 1

- in modo
 indipendente
 con l'aiuto di
 Incontinenza urinaria
 Incontinenza fecale

Risorse

- Pannolini Modelli Bottiglia per
 urina Stoma Catetere Sedia da
 comodo

Paziente 2

- in modo
 indipendente
 con l'aiuto
 di
 Incontinenza
 urinaria Incontinenza
 fecale

Risorse

- Pannolini Modelli Bottiglia per
 urina Stoma Catetere Sedia da
 comodo

Risorse

Sedile da bagno a gradino Sedia da doccia Sollevatore
 da bagno Sollevatore per sedile WC

Vasca da bagno / doccia

Paziente 1

- in modo
 indipendente
 con l'aiuto di

con l'aiuto

di

Paziente 2

a
u
t
o
n
o
m
a
m
e
n
t
e

Sedia da notte

Risorse

- Sedile da bagno a gradino
- Sedia da doccia
- Sollevatore da bagno
- Sollevatore per sedile WC
-

Sedia da notte

5. Vita quotidiana in generale

Cibo e bevande

Paziente 1

- autonomam
 ente con
 l'aiuto di
 Problemi di
 deglutizione Tubo
 PEG
 Dieta
 vegetariana
- Quantità da bere: Normal e Piccolo Molto bere:

Paziente 2

- autonomame
 nte con
 l'aiuto di
 Problemi di
 deglutizione Tubo
 PEG
 Dieta
 vegetariana
- Quantità da bere: Normal e Piccolo Molto

Dormire e non dormire

Paziente 1

- nessun problema disturbi
 sporadici prende dei
 sonniferi
 Ritmo sonno-veglia disturbato
- Quanto spesso il paziente si alza di notte?**
 1-2 volte 3-4 volte Più di 4 volte

Per quale motivo: _____

È necessario l'aiuto del caregiver?

- sì no

In quali attività: _____

Paziente 2

- nessun problema disturbi
 sporadici prende dei
 sonniferi
 Ritmo sonno-veglia disturbato
- Quanto spesso il paziente si alza di notte?**
 1-2 volte 3-4 volte Più di 4 volte

Per quale motivo: _____

È necessario l'aiuto del caregiver?

- sì no

In quali attività: _____

Come si presenta il paziente in termini di natura e carattere? (breve descrizione)

Paziente

1Paziente 2



6. Servizio infermieristico

L'assistenza è attualmente fornita da un servizio di assistenza?

Paziente 1

sì no

_____ volte al
giorno

_____ una volta alla settimana

**pe
r**

- Somministrazione di farmaci
- Assistenza di base
- Assistenza medica

Se sì, quali?

Il servizio infermieristico deve continuare a venire?

sì no

Se sì, quali attività vengono svolte dal servizio infermieristico e con quale frequenza?

Paziente 2

sì no

_____ volte al giorno

_____ volte a settimana

**pe
r**

- Somministrazione di farmaci
- Assistenza di base
- Assistenza medica

Se sì, quali?

Il servizio infermieristico deve continuare a venire?

sì no

Se sì, quali attività vengono svolte dal servizio infermieristico e con quale frequenza?



7. Quadro generale

Chi vive nella famiglia (quanti sono)? Parenti _____ Correlato _____ Partner di vita _____

L'assistenza domestica deve essere fornita anche alla persona o alle persone che vivono in famiglia?

no sì, quali? _____

Le faccende domestiche per la persona assistita:

Cucinare PuliziaLavaggio Stirare Fare la spesa C'è un aiuto domestico? sì
no

Se sì, con quale frequenza viene utilizzato? _____

Permessi compensativi per il caregiver:

All'assistente deve essere garantita una certa quantità di tempo libero!

- 2 ore al giorno
- 2 pomeriggi liberi a settimana di 4-5 ore 1 giorno
- libero a settimana di 8-10 ore
- dopo aver consultato le possibilità sopra menzionate

Chi si occuperà dell'assistenza durante questo periodo? (breve descrizione)



8. Requisiti del personale

Genere: Età: femminile Maschio non importa
 sotto i 35 anni 35-50 anni oltre 50 anni non importa

Conoscenza della lingua tedesca:

Grado scolastico:

- Buono** (vi capisce bene, la conversazione è possibile) (2)
- Comunicativo** (riesce a capire le istruzioni di tutti i giorni e parla solo frasi semplici) (3)
- Conoscenza di base** (riesce a capire qualcosa solo con difficoltà, parla molto poco)(4)
- Conoscenza bassa** (5)

Ulteriori desideri in merito alle qualifiche della badante:

Quali caratteristiche personali preferisce in una badante?



9. Programma giornaliero

Il sig. _____

Signor _____

Famiglia _____

Panoramica cronologica

_____ Orologio: _____

_____ Orologio: _____

_____ Orologio: _____

_____ Orologio: _____

_____ Orologio: _____

_____ Orologio: _____

Preferenze personali

Paziente 1

- Passeggiate Guarda la TV
- Letteratura
- Musica
- Giochi
- Giardino / Fiori
- Lettura ad alta
- voce Cucina
- Artigianato
- canoro

Paziente 2

- Passeggiate Guarda la TV
- Letteratura
- Musica
- Giochi
- Giardino / Fiori
- Lettura ad alta
- voce Cucina
- Artigian
- ato
- canoro



9. Programma giornaliero

Richieste speciali per la preparazione degli alimenti

Colazione: _____

Pranzo: _____

Pomeriggio: _____

Sera: _____

Di notte: _____

Nel mezzo: _____

Altre osservazioni:



10. Altro

Qualsiasi altra informazione o domanda che desideriate chiarire:

Avete mai fatto ricorso all'assistenza domiciliare?

sì no

Come ha conosciuto Gold Vita?

Internet Opuscolo Conoscenti/vicini/amici Stampa/giornali

Raccomandazione (da parte di chi?) _____

"Il questionario clienti fa parte del contratto di noleggio.

Luogo, data, firma

Dichiarazione di consenso ai sensi della legge sulla protezione dei dati

Con la firma, il partner contrattuale/persona di contatto/beneficiario accetta che i dati raccolti nell'ambito del questionario cliente, in particolare anche i dati personali sulla salute, siano conservati ed elaborati, nonché trasmessi a Dri e ai fini del noleggio.

Luogo, data, firma del contraente

, data, firma del beneficiario".