



DIANNA 24 GmbH • Eschenweg 27 • 89174 Altheim (Alb) • Telefon 07340 252 99 99

## ANFRAGEBOGEN

Für ein unverbindliches Angebot einer 24h-Betreuung bitten wir Sie, diesen Fragebogen so detailliert wie möglich auszufüllen und uns per Fax, Post oder Email zurückzusenden. Wenn Sie bei der Beantwortung der Fragen Hilfe benötigen, rufen Sie uns an: 07340 252 99 99

- **Fax** 0911 308 44 50 999
- **Post** DIANNA 24 GmbH • Eschenweg 27 • 89174 Altheim (Alb)
- **Email** info@dianna24.de

### I) ANGABEN ZUR ANSPRECHPERSON

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Mobil	Telefon
E-Mail	Fax

### II) ANGABEN ZUR PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSON

Vorname	Geburtsdatum
Pflegegrad	PLZ Ort
Gewicht (kg)/ Größe(cm)	Geschlecht
Verhältnis zur Ansprechperson ( Mutter, Vater, Ehepartner ... ) .....	
Angehörige des Patienten: <input type="checkbox"/> leben gemeinsam im Haushalt <input type="checkbox"/> kommen zu Besuch	
.....	

### III) BETREUUNGSDAUER

**Betreuungsdauer**

1 Monat/ Kurzzeitpflege  bis 3 Monate  länger als 3 Monate

Ab wann soll die Betreuung stattfinden? .....

### IV) ANGABEN ZUM HAUSHALT

Haus  Wohnung

Stadt – ca. .... Einwohner  Dorf – ca. .... Einwohner

Fläche zum Sauberhalten ..... qm

Nächste größere Stadt vom Wohnort: .....

Entfernung vom Wohnort ..... km Erreichbar mit .....

**V) EINKAUFSMÖGLICHKEITEN VOR ORT**

**Einkaufsmöglichkeiten**

Einkaufsmöglichkeiten im Ort  ja  nein

Wie weit sind die Einkaufsmöglichkeiten entfernt: .....

Sind die Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar?  ja  nein

**Wer soll einkaufen?**

Betreuungskraft  Familie gemeinsam mit der Betreuungskraft  Familie

**VI) ANGABEN ZUR HAUSWIRTSCHAFTLICHEN VERSORGUNG**

**Welche hauswirtschaftliche Tätigkeiten sind notwendig**

- |                                                  |                                                              |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kochen                  | <input type="checkbox"/> Auto fahren                         |
| <input type="checkbox"/> Bügeln                  | <input type="checkbox"/> Einkaufen gehen                     |
| <input type="checkbox"/> Waschen                 | <input type="checkbox"/> Haustierpflege (Art des Haustieres) |
| <input type="checkbox"/> Wohnung/Haushalt putzen |                                                              |

Weiteres bitte erläutern (z.B. im Ofen heizen, Winterdienst).....

**VII) EINSATZ ANDERER PFLGEDIENSTE**

- Es wird zurzeit kein Pflegedienst beansprucht
- Regelmäßige Dienste eines ambulanten Pflegedienstes (wie oft.....)

Werden die Dienste des ambulanten Pflegedienstes nach der Ankunft der Betreuungskraft weiterhin in Anspruch genommen?  ja  nein Wie oft : .....

Wenn ja, welche Tätigkeiten werden vom Pflegedienst übernommen: .....

*Es wird empfohlen die zurzeit eingesetzten Pflegedienste beizubehalten!*

**VIII) GESUNDHEITSMERKMALE DER ZU BETREUENDEN PERSON**

<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/> kann alleine laufen <input type="checkbox"/> kann mit Hilfe laufen <input type="checkbox"/> kann mit Rollator laufen <input type="checkbox"/> Rollstuhl aber selbständiges Aufstehen möglich <input type="checkbox"/> Rollstuhl komplett hilfebedürftig Vorhandene Hilfsmittel: z.B. Hebegurt, Pflegebett? ..... <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> die betreute Person muss angehoben werden <input type="checkbox"/> die betreute Person kann mit Hilfe stehen <input type="checkbox"/> die betreute Person kann mithelfen <input type="checkbox"/> die betreute Person kann sich nicht mehr bewegen Vorhandene Hilfsmittel: z.B. Hebegurt?.....	
<b>Geistiger Zustand</b>	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> apathisch  Depression: <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> verwirrt <input type="checkbox"/> teilnahmslos
<b>Inkontinenz</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Teilinkontinenz <input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz <input type="checkbox"/> Dauerkatheter
<b>Krankheiten</b>	<input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Druckgeschwür <input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang /Stoma <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> MS-Patient <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Herz -Kreislaufkrankung <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Probleme mit der Speiseröhre <input type="checkbox"/> Allergie, welche .....
<b>Demenziellen Veränderungen: (bitte erläutern)</b> ..... ..... <b>Diät:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche ..... <b>Sonstige Krankheiten: (bitte erläutern)</b> ..... <b>Ansteckende Krankheiten</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche .....		
<b>Nächtliche Überwachung/ Sitzwache notwendig</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Nachtruhe ungestört</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls nein, wie oft: <input type="checkbox"/> 1 x pro Nacht <input type="checkbox"/> 2 x pro Nacht <input type="checkbox"/> häufiger .....		

**Wohnt die betreute Person alleine?**

ja     nein    wenn nein, wer wohnt noch im Haushalt.....

**Die zweite Person im Haushalt:** *(bitte nur dann ausfüllen, wenn eine zweite Person im Haushalt wohnt)*

- soll hauswirtschaftlich versorgt werden (Waschen, Kochen, Putzen etc.)
- braucht eine Grundpflege, die durch die selbe Betreuungskraft übernommen werden kann
- braucht eine zweite Betreuungskraft

*(bitte einen separaten Fragebogen für die zweite Person ausfüllen)*

**IX) AUFGABEN IM BEREICH GRUNDPFLEGE**

**Welche grundpflegerische Tätigkeiten sind notwendig**

- |                                                                                                      |                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 24 h Rufbereitschaft/ Überwachung<br>der zu betreuenden Person in der Nacht | <input type="checkbox"/> Kämmen                       |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Essen                                                            | <input type="checkbox"/> An- und Ausziehen            |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Waschen (Baden, Duschen)                                         | <input type="checkbox"/> Hilfe beim An- und Ausziehen |
| <input type="checkbox"/> Waschen (Baden, Duschen)                                                    | <input type="checkbox"/> Eincremen                    |
|                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Windeln wechseln             |

Weiteres bitte beschreiben: .....

Hobbies und Interessen der zu betreuenden Person (Freizeitgestaltung): .....

**Aktivierende Tätigkeiten:**

- Spaziergänge     Begleitung zum Arzt     gesellschaftliche Veranstaltungen     Gymnastik

**X) WOHSITUATION DER BETREUUNGSKRAFT**

- |                                                                     |                                               |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> eigenes Zimmer                             | <input type="checkbox"/> Fernseher im Zimmer  |
| <input type="checkbox"/> eigenes Bad                                | <input type="checkbox"/> Bad zur Mitbenutzung |
| <input type="checkbox"/> Internet                                   | <input type="checkbox"/> Zentralheizung       |
| <input type="checkbox"/> Telefon (Gespräche ins polnische Festnetz) | <input type="checkbox"/> separate Wohnung     |

**XI) ERWARTUNGEN AN DIE BETREUERIN**

Geschlecht	<input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich		
Pflegeerfahrung	<input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Führerschein	<input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/wichtig		
tierlieb	<input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja/wichtig		
Raucher	<input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nur draußen	
Alter	<input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> 25 – 30	<input type="checkbox"/> 31 – 40	<input type="checkbox"/> 41 – 50	<input type="checkbox"/> 51 – 60

**Deutschkenntnisse**

<input type="checkbox"/> schwach/ ausreichend	Kommunikation mit einfachen/ einzelnen Worten
<input type="checkbox"/> befriedigend	Kann verstehen, sehr einfache Verständigung möglich
<input type="checkbox"/> gut	Kann gut verstehen, einfache Unterhaltung möglich
<input type="checkbox"/> sehr gut	Unterhaltung und Verstehen ohne Einschränkung

**Regelmäßige Freizeitregelung**

ein voller Tag in der Woche  zwei halbe Tage in der Woche  2-3 Stunden am Stück pro Tag

**XII) WEITERE INFORMATIONEN**

Haben Sie schon eine 24 Std.-Betreuung in Anspruch genommen?  ja  nein

Waren Sie mit der Dienstleistung zufrieden?  ja  nein

Falls nein, bitte näher erläutern.....

**Wie sind Sie auf DIANNA 24 aufmerksam geworden?**

Internet/ Suchmaschine (z.B. Google etc.)

Empfehlung eines Krankenhauses/ eines Arztes (bitte angeben).....

Presse/ Fernsehen (bitte angeben).....

Empfehlung durch .....

Hiermit versichere ich, dass die Angaben im Fragebogen vollständig und richtig sind. Der Fragebogen ist Bestandteil des Dienstleistungsvertrages und kann bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben zu Mehrkosten oder Vertragskündigung führen. Sie erhalten von DIANNA 24 GmbH aufgrund der von Ihnen aufgeführten Angaben ein unverbindliches Angebot. Es entstehen Ihnen erst dann Kosten, wenn Sie die vorgeschlagene Betreuungskraft akzeptiert haben und sie ihren Dienst angetreten hat. Hiermit bestätige ich die Datenschutzhinweise für Auftraggeber und Betreuungsbedürftige auf der Internetseite [www.dianna24.de](http://www.dianna24.de) gelesen zu haben und stimme den Datenschutzhinweisen zu.

\_\_\_\_\_  
Datum und Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift