

Wir bedanken und freuen uns, dass Sie Interesse an unseren Betreuungsdienstleistungen haben. Wir bemühen uns sehr für Sie die richtige Betreuungskraft zu finden. Wir bitten Sie herzlich, diesen Fragebogen so detailliert wie möglich auszufüllen und diesen anschließend an uns per Fax, E-Mail oder Post zu versenden. Wenn Sie bei der Beantwortung der Fragen Hilfe benötigen, rufen Sie uns gerne an: 07340 252 99 99 oder 07340 252 99 77.

DIANNA 24 – Im Alter daheim GmbH  
Eschenweg 27 | 89174 Altheim (Alb)  
Fax: 07340 929 5234  
E-mail: [info@dianna24.de](mailto:info@dianna24.de)  
[www.dianna24.de](http://www.dianna24.de)



Optimiert für Adobe Reader. Download kostenfrei unter:  
[get.adobe.com/reader](http://get.adobe.com/reader). Zum Ausdrucken oder Versenden bitte  
den Fragebogen ausfüllen und auf Ihrem Rechner speichern.

## ANGABEN ZUM ANSPRECHPARTNER FÜR DIANNA 24 – IM ALTER DAHEIM

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Mobil	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>

Verhältnis zu der zu betreuenden Person ( Mutter, Vater, Ehepartner, gesetzlicher Betreuer etc. )

Vertragspartner  Rechnungsempfänger

## ANGABEN ZU DER ZU BETREUENDEN PERSON

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	Pflegegrad	<input type="text"/>
Gewicht (kg)	<input type="text"/>	Größe (cm)	<input type="text"/>

Vertragspartner  Rechnungsempfänger

Raucher:  ja  nein

Hauptursache für die Betreuungsbedürftigkeit:

Allgemeine Altersschwäche ohne Diagnose:

Angehörige des Patienten:  leben gemeinsam im Haushalt  kommen zu Besuch



## VORAUSSICHTLICHE BETREUUNGSZEIT/-DAUER

Gewünschter Betreuungsbeginn:

ab Datum:   schnellstmöglich (innerhalb von wenigen Tagen)

Voraussichtliche Betreuungsdauer:

1 Monat/ Kurzzeitpflege  bis 3 Monate  länger als 3 Monate

## IST EIN PFLEGEDIENST BEAUFTRAGT?

- 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!**

## WOHNT DIE ZU BETREUENDE PERSON ALLEINE?

ja  nein wenn nein, wer wohnt noch im Haushalt

Müssen weitere Personen im Haushalt hauswirtschaftlich versorgt werden?  ja  nein

Müssen weitere Personen im Haushalt betreut werden?  ja  nein

(wenn ja, bitte einen zusätzlichen Fragebogen für die zweite betreuungsbedürftige Person ausfüllen)

## HAUSWIRTSCHAFTLICHE VERSORGUNG

- Haushaltsführung für  (Anzahl der Personen exkl. Betreuungskraft)  
 Reinigung des Haushalts  qm Wohnfläche  
 Einkaufen Wenn nein, wer soll einkaufen?   
 Wäsche waschen  Bügeln  Kochen

Gibt es eine zusätzliche Haushaltshilfe?  ja  nein

Wenn ja, welche Tätigkeiten werden von der Haushaltshilfe übernommen:



## ZUSÄTZLICHE ANFORDERUNGEN ÜBER DIE HAUSHALTSFÜHRUNG HINAUS

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Begleitung bei Arztbesuchen    | <input type="checkbox"/> Begleitung bei Spaziergängen               |
| <input type="checkbox"/> Pflege der Zimmerpflanzen      | <input type="checkbox"/> gemeinsame Ausflüge und Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Gartenarbeit, freiwillig       |   |
| <input type="checkbox"/> Haustierversorgung, freiwillig |   |

Sonstiges:

## ERKRANKUNGEN DER ZU BETREUENDEN PERSON

### Erkrankungen des Bewegungsapparats:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehschwäche          | <input type="checkbox"/> Wirbelbruch          |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose          | <input type="checkbox"/> Schenkelhalsbruch    |
| <input type="checkbox"/> Arthrose             | <input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung    |
| <input type="checkbox"/> Arthritis            | <input type="checkbox"/> vollständige Lähmung |
| <input type="checkbox"/> Schultererkrankungen | <input type="checkbox"/> Amputation           |
| <input type="checkbox"/> Rheuma               |   |

andere:

### Erkrankungen des Atmungssystems:

- |                                 |                               |  |
|---------------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Lungenfibrose |
|---------------------------------|-------------------------------|--|

andere:

### Neurologische Erkrankungen:

- |                                       |                                    |  |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Demenz       | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> ALS               |

andere:

### Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck    | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt         | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzoperation         |

andere:



**Mentale Verfassung/ Demenz-Anamnese:**

- |  |                                |   |                                |
|--|--------------------------------|---|--------------------------------|
| Zeitliche Orientierung<br><i>Welcher Tag ist heute?</i>          | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> zeitweise, tagesformabhängig | <input type="checkbox"/> immer |
| Örtliche Orientierung<br><i>Wo bin ich?</i>                      | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> zeitweise, tagesformabhängig | <input type="checkbox"/> immer |
| Räumliche Orientierung<br><i>Wo ist die Toilette?</i>            | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> zeitweise, tagesformabhängig | <input type="checkbox"/> immer |
| Situative Orientierung<br><i>Was mache ich hier gerade?</i>      | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> zeitweise, tagesformabhängig | <input type="checkbox"/> immer |
| Orientierung zur eigenen Person<br><i>Wie heiÙe ich?</i>         | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> zeitweise, tagesformabhängig | <input type="checkbox"/> immer |
| Orientierung zu anderen Personen<br><i>Woher kenne ich dich?</i> | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> zeitweise, tagesformabhängig | <input type="checkbox"/> immer |

Hinlauftendenz / Weglauftendenz

geistige Behinderung

andere demenzielle Veränderungen:

**Magen-Darmerkrankungen:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn                   | <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Obstipation (Verstopfung)      | <input type="checkbox"/> Schluckstörung        |
| <input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang /Stoma | <input type="checkbox"/> PEG Sonde             |

andere:

**Sonstige Erkrankungen:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Depression         | <input type="checkbox"/> Diabetes                 |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit    | <input type="checkbox"/> Tumor                    |
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Druckgeschwür/ Dekubitus |

Allergien, welche

Ansteckende/ übertragbare Krankheiten, welche

Sonstige:



## TOILETTE

- selbstständig       Blasenkatheter       Suprapubischer Katheter  
 Teilinkontinenz       mit Hilfe       Vollinkontinenz

## INKONTINENZ

- Urininkontinenz     nein       gelegentlich       ja  
 Stuhlinkontinenz     nein       gelegentlich       ja

## HILFSMITTEL

- Urinflasche       Urinalkondom       Windeln       Einlagen

## MOBILITÄT

- selbstständig     mit wenig Hilfe (Hand reichen)     kann nicht mehr selbstständig aufstehen/ muss gehoben werden

### Bewegung der zu betreuenden Person:

- kann alleine laufen       kann mit Hilfe laufen  
 kann mit Stock laufen       kann nur mit Hilfe stehen  
 kann mit Rollator laufen       sitzt ausschließlich im Rollstuhl

### Transfer:

- Benötigt die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer?       ja       nein  
 Die zu betreuende Person hilft beim Transfer aktiv mit (leichter Transfer)       ja       nein  
 Die zu betreuende Person kann beim Transfer nicht mithelfen       ja       nein

### Bettlägerigkeit:

- Ist der Patient bettlägerig?       ja       nein  
 Patient muss gelagert werden, wie oft



## SCHLAFVERHALTEN

### Ruhen und Schlafen

- Die zu betreuende Person schläft durch
- Die zu betreuende Person steht regelmäßig nachts 1-mal auf
- Die zu betreuende Person steht regelmäßig nachts 2-mal auf
- Die zu betreuende Person steht häufiger nachts auf (Anzahl)

### Einsätze der Betreuungskraft:

- Nächtliche Einsätze der Betreuungskraft sind notwendig  mal pro Nacht

Grund:

- Nächtliche Einsätze der Betreuungskraft sind nicht notwendig

Bei häufigen regelmäßigen Nachteinsätzen der Betreuungskraft wird eine zusätzliche Ruhemöglichkeit angeboten:

Schlafmedikation:  nein  ja, welche

Nachruhe von ca.  bis ca.

## KOMMUNIKATION

- |                 |  |  |  |                                    |
|-----------------|--|--|--|------------------------------------|
| <b>Hören</b>    | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt | <input type="checkbox"/> gehörlos  |
| <b>Sehen</b>    | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt | <input type="checkbox"/> blind     |
| <b>Sprechen</b> | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> stark eingeschränkt | <input type="checkbox"/> verstummt |

## HILFSMITTEL

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stock                 | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator       |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl             | <input type="checkbox"/> Pflegebett     | <input type="checkbox"/> Badewannenlift |
| <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze     | <input type="checkbox"/> Duschsitz      | <input type="checkbox"/> Aufstehhilfe   |
| <input type="checkbox"/> Hebelift              | <input type="checkbox"/> Treppenlift    | <input type="checkbox"/> Hörgerät       |
| <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="checkbox"/> Zahnprothese   | <input type="checkbox"/> Brille         |

Pflegehilfsmittel wie Desinfektionsmittel, Einweghandschuhe, Windeln, Einlagen etc. sind bei einer Betreuung in häuslicher Gemeinschaft obligatorisch.

Besteht ein Hausnotrufsystem?  ja  nein



### WASCHEN UND KLEIDEN

<b>Gesichtspflege</b>	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<b>Haarpflege</b>	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<b>Oberkörperpflege</b>	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<b>Intimpflege</b>	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<b>Fußpflege</b>	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<b>Zahnpflege</b>	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<b>Baden</b>	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<b>Duschen</b>	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<b>Rasieren</b>	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<b>Ankleiden</b>	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<b>Auskleiden</b>	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<b>Körperhygiene im Bett</b>	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wie oft wird die zu betreuende Person in der Woche geduscht?

### WASCHEN UND KLEIDEN

<b>Essen</b>	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<b>Trinken</b>	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<b>Trinkmenge in ml pro Tag</b>	<input type="text"/>		
<b>Trinkverhalten</b>		<input type="checkbox"/> trinkt selbständig	<input type="checkbox"/> braucht Anregung
<b>Kauen und Schlucken</b>	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
<b>Einschränkungen bei Nahrungsmitteln</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn ja, welche

**Diät**

ja  nein

Wenn ja, welche

**Nahrungsalergie**

ja  nein

Wenn ja, welche

### BESCHÄFTIGUNG UND HOBBIES DER ZU BETREUENDEN PERSON



## EHEMALIGE BERUFLICHE TÄTIGKEIT DER ZU BETREUENDEN PERSON

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## TAGESABLAUF DER ZU BETREUENDEN PERSON

Die zu betreuende Person soll geweckt werden um \_\_\_\_\_ Uhr

Die Betreuungskraft soll die zu betreuende Person ausschlafen lassen

morgens \_\_\_\_\_  
vormittags \_\_\_\_\_  
mittags \_\_\_\_\_  
nachmittags \_\_\_\_\_  
abends \_\_\_\_\_  
zu Bett gehen um \_\_\_\_\_ Uhr

## MENTALE VERFASSUNG/ CHARAKTER DER ZU BETREUENDEN PERSON

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ängstlich      | <input type="checkbox"/> ruhig                | <input type="checkbox"/> anspruchsvoll |
| <input type="checkbox"/> aufgeschlossen | <input type="checkbox"/> gesellig/ gesprächig | <input type="checkbox"/> bestimmend    |
| <input type="checkbox"/> depressiv      | <input type="checkbox"/> launisch             | <input type="checkbox"/> liebevoll     |
| <input type="checkbox"/> teilnahmslos   | <input type="checkbox"/> skeptisch            | <input type="checkbox"/> gereizt       |
| <input type="checkbox"/> zurückhaltend  | <input type="checkbox"/> sensibel             | <input type="checkbox"/> sehr unruhig  |

## WÜNSCHE AN DIE BETREUUNGSKRAFT

### Allgemeine Angaben bzgl. der Betreuungskraft:

- |                |   |   |  |
|----------------|---|---|--|
| Geschlecht     | <input type="checkbox"/> keine Präferenz                  | <input type="checkbox"/> weiblich       | <input type="checkbox"/> männlich          |
| Raucher        | <input type="checkbox"/> keine Präferenz                  | <input type="checkbox"/> nein           | <input type="checkbox"/> nur draußen       |
| Führerschein   | <input type="checkbox"/> keine Präferenz                  | <input type="checkbox"/> nein           | <input type="checkbox"/> ja/wichtig        |
| Auto vorhanden | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Schaltgetriebe | <input type="checkbox"/> Automatikgetriebe |
| Alter          | <input type="checkbox"/> egal                             | Alterswunsch von _____ bis _____        | Jahre                                      |





### Sprachkenntnisse der Betreuungskraft

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine Präferenz                 |  |
| <input type="checkbox"/> Grundkenntnisse                 | Kommunikation mit einzelnen Worten                 |
| <input type="checkbox"/> mittlere Deutschkenntnisse      | Kann sehr einfache alltägliche Ausdrücke verstehen |
| <input type="checkbox"/> kommunikative Deutschkenntnisse | Eine einfache Verständigung möglich                |
| <input type="checkbox"/> gute Deutschkenntnisse          | Kann gut verstehen, einfache Unterhaltung möglich  |
| <input type="checkbox"/> sehr gute Deutschkenntnisse     | Unterhaltung und Verstehen ohne Einschränkung      |

### WOHNSITUATION DER ZU BETREUENDEN PERSON

- Wohnart:  Großstadt – zentral     Großstadt – Vorort     Kleinstadt     Dorf
- Wohnlage:  Einfamilienhaus     Mehrfamilienhaus     Wohnung

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in m

### AUSSTATTUNG DES WOHNBEREICHS DER BETREUUNGSKRAFT

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eigenes Zimmer   | <input type="checkbox"/> Eigenes Bad              | <input type="checkbox"/> Bad zur Mitbenutzung |
| <input type="checkbox"/> separate Wohnung | <input type="checkbox"/> WLAN/ Internet (wichtig) | <input type="checkbox"/> Fernseher im Zimmer  |
| <input type="checkbox"/> PKW              | <input type="checkbox"/> Internetstick            | <input type="checkbox"/> Fahrrad              |

### REGELMÄßIGE FREIZEITGESTALTUNG DER BETREUUNGSKRAFT

- 3 Stunden am Stück pro Tag (zwischen 10:00 und 17:00 Uhr)
- zwei halbe Tage in der Woche
- ein voller Tag in der Woche

Weitere

Wer übernimmt die Betreuung während die Betreuungskraft ihre Freizeit hat?



Wenn die zu betreuende Person alleine bleibt, übernimmt die Verantwortung für die Zeit die Familie der zu betreuenden Person oder die zuständige Person.



## WIE SIND SIE AUF DIANNA 24 – IM ALTER DAHEIM AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Internet
- Flyer
- Empfehlung (bitte angeben) \_\_\_\_\_
- Sonstiges (bitte angeben) \_\_\_\_\_

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

ja  nein

Waren Sie mit der Dienstleistung zufrieden?

ja  nein

Falls nein, bitte erläutern \_\_\_\_\_



### Hinweise zum Datenschutz

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.

Der Fragebogen beinhaltet personenbezogene Daten u.a. über die Gesundheit der zu betreuenden Person, einschließlich Krankheiten, Bedürfnisse und den erforderlichen Betreuungsumfang. Wir benötigen die Angaben zum Zwecke der Anbahnung der von Ihnen gewünschten Betreuung in häuslicher Gemeinschaft.

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese gewissenhaft gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). 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.

### Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten:

DIANNA 24 GmbH  
Anna Löwenstein  
Eschenweg 27  
89174 Altheim, Deutschland  
Tel.: 07340 252 99 99 oder 07340 252 99 77  
E-Mail: info@dianna24.de

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**