



---

**Angaben zum Auftraggeber (Kontaktperson)**

Name: .....

Vorname: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

E-Mail: .....

---

**Angaben zur betreuenden Person (Leistungsempfänger)**

Name: .....

Vorname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

**Sonstiges**

.....

.....

.....



**Geschlecht**  männlich  weiblich

Geburtsdatum: .....

Größe: .....

Gewicht: .....

**Wohnsituation**  Wohnung  1 Familienhaus  Mehrfamilienhaus

Wohnen Verwandte mit im Haus?  ja  nein

Wohnt die zu betreuende Person allein im Haushalt?  ja  nein

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?  ja  nein

Falls „ja“ – wer? wie viele Pers.? .....

**Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes** .....

**Angaben zur Pflegestufe**  keine  beantragt

Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Ist ein Pflegedienst beauftragt?  ja  nein

Wird der Pflegedienst weiterhin benötigt?  ja  nein

Geht die zu betreuende Person in eine Tagespflege?  ja  nein

Wenn ja wie oft? .....

### Angaben zum Nachtrhythmus

Leidet die/der zu Betreuende an Schlafstörungen?  ja  nein

Einschlafen:  gut  teilweise  schlecht

Durchschlafen:  gut  teilweise  schlecht

Schlafmittel:  ja  nein

**Einsätze in der Nacht**  0  1 - 2  3 - 4  > 4

Falls „ja“ – für welche Tätigkeiten?  
.....  
.....

### Angaben zu Krankheiten

Leidet der Patient an ansteckenden Krankheiten?  ja  nein

Falls „ja“ welche? .....

#### Krankheitsbilder:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien                  | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt  |
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz   |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                  | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung  |
| <input type="checkbox"/> Asthma                     | <input type="checkbox"/> Osteoporose  |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle      | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Parkinson  |
| <input type="checkbox"/> Tumor                      | <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links        |
| <input type="checkbox"/> Demenz                     | Demenzgrad: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer |

Sonstige Krankheiten .....

---

### Angaben zur Pflegeanamnese / Kommunikation

Sprache:  gut  mäßig  massive Probleme

Hörvermögen:  gut  mäßig  massive Probleme

Sehkraft:  gut  mäßig  massive Probleme

#### Hilfsmittel:

Hörgerät:  ja  nein **Brille:**  ja  nein

---

### Orientierung

Zeitlich:  gut  zeitweise  massive Probleme

Örtlich:  gut  zeitweise  massive Probleme

Persönlich:  gut  zeitweise  massive Probleme

---

### Bewegung

selbstständig  mit Unterstützung  überwiegend im Rollstuhl  bettlägerig

**Transfer Bett/Rollstuhl**  selbstständig  hilft mit  komplett hilfsbedürftig

**Hilfsmittel:**  Pflegebett  Lift  Dekubitus Matratze  Rollstuhl  Rollator

---

**Baden/Duschen**  selbstständig  braucht Hilfe  vollständig hilfsbedürftig

**Hilfsmittel:**  Badewannenlift  Toilettenstuhl

**Körperpflege**

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	vollständige Unterstützung
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß/Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen/waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Urinkontrolle**

Kontinent       teilweise inkontinent (nachts)       inkontinent

Hilfsmittel: .....

**Stuhlkontrolle**

Kontinent       teilweise inkontinent (nachts)       inkontinent

Hilfsmittel: .....

**An-/Auskleiden**

selbstständig       mit Unterstützung       vollständig hilfsbedürftig

**Essen/Trinken**

selbstständig       mit Unterstützung       vollständig hilfsbedürftig

**Kau- und Schluckstörungen**

keine       Störungen       PEG-Sonde

Sonstiges .....

**Diät**

keine       ja, welche: .....

.....

.....



---

**Angaben zur Behandlung/Therapie**

.....  
.....  
.....

---

**Haustiere**     nein     ja, welche .....

Wenn ja sollen Haustiere mitversorgt werden?     ja     nein     nach Bedarf

.....

---

**Hobbies und Interessen der zu betreuende Person**

Sudoku     Karten spielen     Spaziergänge     Kreuzworträtsel

Sonstige: .....

.....

---

**Welche Wesenszüge beschreiben die zu betreuende Person**

offen     bestimmend     fordernd     zurückhaltend     depressiv     lieb

Sonstiges .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



---

**Anforderungen an die Betreuungskräfte / Geschlecht**

**Geschlecht**       irrelevant                                       Mann                                       Frau

**Alter**               irrelevant               20 – 35                                       35 – 55                                       > 55

**Sprachkenntnisse (1 / kaum 9 / gut)**

1 - 3 (einfach)                                       4 – 6 (kommunikativ)                                       7 – 9 (gut)

**Führerschein**     ja     nein

Wenn ja welches Auto steht, zur Verfügung? .....

---

**Rahmenbedingungen / Lage**

Großstadt/zentral     Großstadt/Abgelegen     Kleinstadt     Dorf     ländlich

**Einkaufsmöglichkeiten (Fußweg)**

ca. 10 min     ca. 20 min     ca. 40 min     ca. 1 Stunde     > 1 Stunde

---

**Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskräfte**

Bett               Tisch               Schrank               eigenes Bad

TV               Radio               Internetzugang

.....  
.....

---

**Freizeitausgleich für die Betreuungskräfte (min 2 h / Tag) soll wie erfolgen?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



---

**Bemerkungen:**

.....  
.....  
.....

---

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

.....  
.....

---

Ich bin damit einverstanden, dass Alltagsengel24 die in diesem Fragebogen zur Bedarfsanalyse enthaltenen persönlichen Daten, Informationen und Gesundheitsdaten im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ich habe verstanden, dass meine personenbezogenen Daten, die ich Alltagsengel24 in diesem Fragebogen mitgeteilt habe zu Zweck der Anbahnung eines Dienstleistungsvertrages zur Erbringung von Betreuungsleistungen verarbeitet werden und in diesem Zusammenhang an polnische Kooperationspartner der Alltagsengel24 übermittelt werden.

Soweit ich, die Kontaktperson, Daten in diesem Fragebogen eintrage, die nicht allein meine Person betreffen, versichere ich hiermit, dass ich von dieser Person zur Abgabe dieser Einwilligungserklärung bevollmächtigt bin. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von Alltagsengel24 kontaktiert zu werden. Die Angabe meiner Daten ist freiwillig. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen unter der E-Mail-Adresse [betreuung24@alltagsengel-dortmund.de](mailto:betreuung24@alltagsengel-dortmund.de). Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter: <https://www.alltagsengel-dortmund.de/datenschutz>

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen richtig und vollständig sind. Dieser Fragebogen ist Bestandteil eines eventuellen späteren Dienstleistungsvertrages.

Ihre Unterschrift führt zu keinem Auftrag. Die Erstellung des Suchprofils ist für Sie unverbindlich und kostenfrei.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Auftraggeber

.....  
telefonisch aufgenommen durch