



ELISABETH24

Persönlicher Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Wir bemühen uns sehr, die richtige Betreuungskraft für Sie zu finden.

Bitte füllen Sie den Fragebogen so ausführlich wie möglich aus und senden Sie diesen an uns zurück.

E-Mail: birgit.palicki@elisabeth24.de Post: ELISABETH24, Lüttinghofallee 5a, 45896 Gelsenkirchen

Kontaktdaten der Kontaktperson	
Name der Kontaktperson	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon Festnetz	
Telefon Mobil	
E-Mail-Adresse	
Verwandtschaftsverhältnis	

Kontaktdaten des zu Pflegenden			
Name des zu Pflegenden			
Geburtsdatum			
Adresse			
Telefon Festnetz			
Größe		Gewicht	
Wohnt der zu Pflegende allein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, zusammen mit	

Pflegegrad						
Aktueller Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Kein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Beantragter Pflegegrad		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Pflegedienst		
Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, soll der Pflegedienst weiterhin kommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie oft täglich?		
Tätigkeiten des Pflegedienstes?		

Gesundheitszustand / Diagnosen		
<input type="checkbox"/> Altersvergesslichkeit <input type="checkbox"/> beginnende Demenz <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck) <input type="checkbox"/> Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> insulinpfl. Diabetes <input type="checkbox"/> Allergien:
<input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Gehschwäche <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Lähmung:	<input type="checkbox"/> altersbedingt reduzierter Allgemeinzustand:	<input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten:
<input type="checkbox"/> Krebs:	<input type="checkbox"/> Schlaganfall:	<input type="checkbox"/> Behinderungen:
<input type="checkbox"/> Aktuelle Therapien:		
<input type="checkbox"/> Aktuelle Medikation:		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Kommunikation			
Sprechen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Hören	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zweitweise	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Sehen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zweitweise	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Zahnprothese

Orientierung			
Zeitlich	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Örtlich	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zweizeitweise	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Persönlich	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zweizeitweise	<input type="checkbox"/> nicht möglich

Mobilität und Selbstständigkeit			
Gehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> bettlägerig
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Transfer Bett/Rollstuhl	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Toilettengang	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Urinflasche	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig

Toilette			
Urinkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> nachts inkontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent
Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> nachts inkontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Windelhöschen	<input type="checkbox"/> Binden
	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Stoma

Schlafen			
Einschlafen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> teilweise gut	<input type="checkbox"/> erschwert
Durchschlafen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> teilweise gut	<input type="checkbox"/> erschwert
Nächtliches Aufstehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 1-2/ Nacht	<input type="checkbox"/> ___ x / Nacht
Hilfen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Schlafmedikation	<input type="checkbox"/> Hilfe nachts aufstehen
Sonstiges			

Pflegehilfsmittel			
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Treppenlift
<input type="checkbox"/> Wannenlift	<input type="checkbox"/> Duschstuhl	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Patientenlifter	<input type="checkbox"/> Drehscheibe	<input type="checkbox"/>

Körperpflege			
Gesicht	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Mundpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Oberkörper	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Gesäß/Beine	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Intimpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Haare kämmen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Haare waschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Rasieren	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme

Baden und Duschen			
Baden und Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Häufigkeit	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> ____x /Woche

Essen und Trinken			
Essen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Trinken	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Kau-/Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Störungen	<input type="checkbox"/> Sonde
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> adipös (+)	<input type="checkbox"/> kachektisch (-)
Diät			
Sonstiges			

Beschreibung des Charakters	
Eigenschaften	
Freizeitgestaltung	
Lieblingsgericht	
Vorlieben	
Sonstiges	

Rahmenbedingungen

Rahmenbedingungen			
Lage	<input type="checkbox"/> Großstadt	<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> Dorf
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus
Wohnfläche	qm: _____		
Supermarkt (zu Fuß)	<input type="checkbox"/> 10 Min	<input type="checkbox"/> 20 Min	<input type="checkbox"/> 30 Min
Werden größere Einkäufe von der Familie übernommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstiges			

Ausstattung des Zimmers			
Bad	<input type="checkbox"/> eigenes Bad	<input type="checkbox"/> Mitbenutzung	
Möbel	<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Tisch	<input type="checkbox"/> Schrank
Medien	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Internet
Sonstiges			

Vertrag		
Vertragspartner	<input type="checkbox"/> Kontaktperson	<input type="checkbox"/> pflegebedürftige Person
Vertragsbeginn	(bitte gewünschtes Startdatum angeben)	

Anforderungen an die Betreuungskraft

Ihre Betreuungskraft			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> egal
Alter	<input type="checkbox"/> 20 – 30 Jahre	<input type="checkbox"/> 30 – 50 Jahre	<input type="checkbox"/> älter als 50 Jahre
Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/> Befriedigend (A.1/A.2)	<input type="checkbox"/> Gut (B.1)	<input type="checkbox"/> Sehr gut (B.2)
Rauchen	<input type="checkbox"/> Nichtraucher	<input type="checkbox"/> Raucher; nur draußen	<input type="checkbox"/> Raucher
Führerschein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> egal
Nachteinsätze	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten
Wechsel	<input type="checkbox"/> alle 4 Wochen	<input type="checkbox"/> 4-8 Wochen	<input type="checkbox"/> 8-12 Wochen
Zweite Person im Haushalt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ohne Pflegebedarf	<input type="checkbox"/> ja, mit Pflegebedarf
Dauer	<input type="checkbox"/> bis 2 Monate	<input type="checkbox"/> 3-6 Monate	<input type="checkbox"/> dauerhaft
Anreise	<input type="checkbox"/> Linienbus/Bahnhof	<input type="checkbox"/> Minibus/Haustür	
Sonstiges			

Haushalt			
Haustiere	<input type="checkbox"/> ja:		<input type="checkbox"/> nein
Versorgung d. Tiere	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
Kochen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
Waschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
Putzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
Begleitung Arztbesuch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
Gartenarbeit	<input type="checkbox"/> ja, freiwillig:		<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges			

Was ist Ihnen sonst noch wichtig?

Einwilligungserklärung für den Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Daten, die ich in diesen Erhebungsbogen eingetragen habe, einschließlich der Daten über meine Gesundheit von ELISABETH24 zum Zweck der Vermittlung und Anbahnung eines Dienstleistungsvertrages eines ausländischen Leistungserbringungsunternehmens zum Einsatz einer ausländischen Betreuungsperson erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass sämtliche Daten, die ich in diesen Erhebungsbogen eingetragen habe, einschließlich der Daten über meine Gesundheit, von ELISABETH24 an Kooperationspartner mit Sitz in Osteuropa, die sich der Einhaltung der EU-DSGVO verpflichtet haben, weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zum Zweck der Anbahnung und Erfüllung eines Dienstleistungsvertrages verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Daten der europäischen Datenschutzverordnung EU-DSGVO unterliegen. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, allerdings mit der Folge, dass ELISABETH24 in dem Fall nicht für mich tätig werden kann und somit die Vermittlung eines Dienstleistungsvertrages nicht möglich ist. Zudem wurde ich auf mein Recht hingewiesen, dass meine Daten geändert, korrigiert, gesperrt, gelöscht oder eingeschränkt verarbeitet werden können, sofern keine gesetzlichen Regelungen, wie die Aufbewahrungspflicht, dem widersprechen. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Datentransfer. Ferner habe ich das Recht, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen.

Meine Widerrufserklärung kann ich jederzeit an folgende E-Mail-Adresse richten: birgit.palicki@elisabeth24.de

Sofern ich Daten in diesen Erhebungsbogen eintrage, die nicht allein meine Person betreffen, versichere ich hiermit, dass ich von dieser Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter zur Abgabe dieser Einwilligungserklärung bevollmächtigt bin.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen sowie auftretende Änderungen, insbesondere über Veränderungen des Gesundheitszustandes, unverzüglich an ELISABETH24 zu melden sind. Diese Angaben werden streng vertraulich und nur zum Zwecke der Vermittlung und der daraus resultierenden Betreuung verwendet.

Datum: _____ Unterschrift: _____

ELISABETH24 Standort Münster / Osnabrück
Lüttinghofallee 5a
45896 Gelsenkirchen

Tel.: +49 (0)209-94747037
E-Mail: birgit.palicki@elisabeth24.de
Web: www.elisabeth24.de/ruhrgebiet