



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: dirk.kueck@elisabeth24.de Fax: 0209 94 75 75 97 oder per Post: ELISABETH24 Standort Ruhrgebiet, 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			
Geschlecht			
Geburtsdatum			
Adresse			
Telefon Festnetz			
Größe		Gewicht	
Wohnt der zu Pflegende allein?	ja	nein, zusammen mit	

Pflegegrad						
Aktueller Pflegegrad	Kein	1	2	3	4	5
Beantragter Pflegegrad		1	2	3	4	5

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

Pflegedienst / Muss engagiert werden bei Behandlungspflege		
Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst?	ja	nein
Wenn ja, soll der Pflegedienst weiterhin kommen?	ja	nein
Wie oft täglich?		
Tätigkeiten des Pflegedienstes?		
Verabreichung Medikamente?		

Kommunikation			
Sprechen	gut	zeitweise	nicht möglich
Hören	gut	zeitweise	nicht möglich
Sehen	gut	zeitweise	nicht möglich
Hilfsmittel	Brille	Hörgerät	Zahnprothese

Orientierung			
Zeitlich	gut	zeitweise	nicht möglich
Örtlich	gut	zeitweise	nicht möglich
Persönlich	gut	zeitweise	nicht möglich

Mobilität und Selbstständigkeit			
Gehen	selbstständig	mit Unterstützung	bettlägerig
Treppensteigen	selbstständig	mit Unterstützung	hilfsbedürftig
Transfer Bett/Rollstuhl	selbstständig	mit Unterstützung	hilfsbedürftig
An-/Auskleiden	selbstständig	mit Unterstützung	hilfsbedürftig
Toilettengang	selbstständig	mit Unterstützung	hilfsbedürftig
Toilettenstuhl	selbstständig	mit Unterstützung	hilfsbedürftig
Urinflasche	selbstständig	mit Unterstützung	hilfsbedürftig

Toilette			
Urinkontrolle	kontinent	nachts inkontinent	inkontinent
Stuhlkontrolle	kontinent	nachts inkontinent	inkontinent
Hilfsmittel	Windeln	Windelhöschen	Binden
	Katheter Beutelwechsel	Toilettenstuhl Urinal Kondom	Stoma Beutelwechsel

Das Wechseln der Platte (Stoma) kann nur durch Fachpersonal durchgeführt werden!

Essen und Trinken			
Essen	selbstständig	mit Unterstützung	hilfsbedürftig
Trinken	selbstständig	mit Unterstützung	hilfsbedürftig
Kontrolle Flüssigkeitsmenge	ja	nein	
Kau-/Schluckstörungen	keine	Störungen	Sonde
Ernährungszustand	normal	adipös (+)	kachektisch (-)
Diät			
Sonstiges			

Beschreibung des Charakters	
Eigenschaften	
Freizeitgestaltung	
Lieblingsgericht	
Vorlieben	

Rahmenbedingungen

Rahmenbedingungen			
Lage	Großstadt	Kleinstadt	Dorf
Wohnsituation	Wohnung	Einfamilienhaus	Mehrfamilienhaus
Wohnfläche	m ² : _____		
Supermarkt (zu Fuß)	10 Min	20 Min	30 Min
Werden größere Einkäufe von der Familie übernommen?	ja	nein	
Sonstiges			

Ausstattung des Zimmers			
Bad	eigenes Bad	Mitbenutzung	
Möbel	Bett	Tisch	Schrank
Medien	Radio	TV	Internet

Vertrag		
Vertragspartner	Kontaktperson	pflegebedürftige Person
Vertragsbeginn	(bitte gewünschtes Startdatum angeben)	
Wie hoch ist ihr Budget?		

Anforderungen an die Betreuungskraft

Ihre Betreuungskraft			
Geschlecht	Frau	Mann	egal
Deutschkenntnisse	Befriedigend (A.1/A.2)	Gut (B.1)	Sehr gut (B.2)
Alter	20-30 Jahre	30-50 Jahre	älter als 50 Jahre
Rauchen	Nichtraucher	Raucher; nur draußen	Raucher
Führerschein	ja	nein	egal
Zweite Person im Haushalt	nein	ja, ohne Pflegebedarf	ja, mit Pflegebedarf
Sonstiges			

Haushalt			
Haustiere	ja:		nein
Versorgung d. Tiere	ja	gelegentlich	nein
Kochen	ja	gelegentlich	nein
Waschen	ja	gelegentlich	nein
Putzen	ja	gelegentlich	nein
Begleitung Arztbesuch	ja	gelegentlich	nein
Raucher im Haushalt	ja: _____		nein

Freizeitregelung der Betreuungsperson	
(bitte angeben wer die Betreuungskraft vertritt)	

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: info@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 Ruhrgebiet
Lüttinghofallee 5a | 45896 Gelsenkirchen
Tel. +49 209 947 470 27
Fax. +49 209 947 575 97
E-Mail. dirk.kueck@elisabeth24.de
Web. www.elisabeth24.de/ruhrgebiet