



# 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: [hamburg@elisabeth24.de](mailto:hamburg@elisabeth24.de) Fax: 040 356 765 76**  
**oder per Post: Fratz Betreuungsvermittlung GmbH, Beim Grootsee 15d, 22455 Hamburg**

| 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 |

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

| <b>Pflegedienst / Muss engagiert werden bei Behandlungspflege</b> |    |      |
|---|----|------|
| 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?  |    |      |

| <b>Kommunikation</b> |        |           |               |
|----------------------|--------|-----------|---------------|
| Sprechen             | gut    | zeitweise | nicht möglich |
| Hören                | gut    | zeitweise | nicht möglich |
| Sehen                | gut    | zeitweise | nicht möglich |
| Hilfsmittel          | Brille | Hörgerät  | Zahnprothese  |

| <b>Orientierung</b> |     |           |               |
|---------------------|-----|-----------|---------------|
| Zeitlich            | gut | zeitweise | nicht möglich |
| Örtlich             | gut | zeitweise | nicht möglich |
| Persönlich          | gut | zeitweise | nicht möglich |

| <b>Mobilität und Selbstständigkeit</b> |               |                   |                |
|--|---------------|-------------------|----------------|
| 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 |

| <b>Toilette</b>    |                           |                                 |                        |
|--------------------|---------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Urinkontrolle      | kontinent                 | nachts inkontinent              | inkontinent            |
| Stuhlkontrolle     | kontinent                 | nachts inkontinent              | inkontinent            |
| <b>Hilfsmittel</b> | Windeln                   | Windelhöschen                   | Binden                 |
|                    | Katheter<br>Beutelwechsel | Toilettenstuhl<br>Urinal Kondom | Stoma<br>Beutelwechsel |

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

| <b>Schlafen</b>       |      |                  |                        |
|-----------------------|------|------------------|------------------------|
| Einschlafen           | gut  | teilweise gut    | erschwert              |
| Durchschlafen         | gut  | teilweise gut    | erschwert              |
| Nächtliches Aufstehen | nein | 1-2/ Nacht       | ___ x / Nacht          |
| Hilfen                | nein | Schlafmedikation | Hilfe nachts aufstehen |
| Sonstiges             |      |                  |                        |

| <b>Pflegehilfsmittel</b> |                 |                |             |
|--------------------------|-----------------|----------------|-------------|
| Rollator                 | Rollstuhl       | Gehstock       | Treppenlift |
| Wannenlift               | Duschstuhl      | Toilettenstuhl | Pflegebett  |
| Dekubitusmatratze        | Patientenlifter | Drehscheibe    |             |

| <b>Körperpflege</b> |               |                   |                     |
|---------------------|---------------|-------------------|---------------------|
| Gesicht             | selbstständig | mit Unterstützung | komplette Übernahme |
| Mundpflege          | selbstständig | mit Unterstützung | komplette Übernahme |
| Oberkörper          | selbstständig | mit Unterstützung | komplette Übernahme |
| Gesäß/Beine         | selbstständig | mit Unterstützung | komplette Übernahme |
| Intimpflege         | selbstständig | mit Unterstützung | komplette Übernahme |
| Haare kämmen        | selbstständig | mit Unterstützung | komplette Übernahme |
| Haare waschen       | selbstständig | mit Unterstützung | komplette Übernahme |
| Rasieren            | selbstständig | mit Unterstützung | komplette Übernahme |

| <b>Baden und Duschen</b> |               |                   |                |
|--------------------------|---------------|-------------------|----------------|
| Baden und Duschen        | selbstständig | mit Unterstützung | hilfsbedürftig |
| Häufigkeit               | wöchentlich   | täglich           | ___ x /Woche   |

| 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                                   |                        |                 |                  |
|---|------------------------|-----------------|------------------|
| <b>Lage</b>   | Großstadt              | Kleinstadt      | Dorf             |
| Wohnsituation                                       | Wohnung                | Einfamilienhaus | Mehrfamilienhaus |
| Wohnfläche  | m <sup>2</sup> : _____ |                 |                  |
| 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 |

|                          |  |                         |
|--------------------------|--|-------------------------|
| <b>Vertrag</b>           |  |                         |
| Vertragspartner          | Kontaktperson                          | pflegebedürftige Person |
| Vertragsbeginn           | (bitte gewünschtes Startdatum angeben) |                         |
| Wie hoch ist ihr Budget? |  |                         |

## Anforderungen an die Betreuungskraft

|                             |                        |                       |                      |
|-----------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|
| <b>Ihre Betreuungskraft</b> |                        |                       |                      |
| 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                   |                        |                       |                      |

|                       |           |              |      |
|-----------------------|-----------|--------------|------|
| <b>Haushalt</b>       |           |              |      |
| 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 |

|  |  |
|--|--|
| <b>Freizeitregelung der Betreuungsperson</b>     |  |
| (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](mailto: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 Hamburg  
Fratz Betreuungsvermittlung GmbH  
Beim Grootsee 15d | 22455 Hamburg  
Tel. +49 40 80 81 13 57 0  
Fax. +49 40 35 67 65 76  
E-Mail. [hamburg@elisabeth24.de](mailto:hamburg@elisabeth24.de)  
Web. [www.elisabeth24.de/hamburg](http://www.elisabeth24.de/hamburg)