Persönlicher Fragebogen

zur Bedarfsermittlung

MeinHeimathafen24

Wir bemühen uns sehr, die richtige Betreuungskraft für Sie zu finden. Bitte füllen Sie für uns den Fragebogen so ausführlich wie möglich aus und senden diesen an uns zurück.

E-Mail: moin@meinheimathafen24.de
Fax: +49 40 35676576
Post: MeinHeimathafen24, Beim Grootsee 15d, 22455 Hamburg

Vielen Dank!

KONTAKT

Kontaktdaten der Kontaktperson

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

Kontaktdaten der zu pflegenden Person

Name der zu pflegenden Person			
Geschlecht	☐ weiblich	☐ männlich	☐ divers
Geburtsdatum			
Adresse			
Telefon Festnetz			
Telefon Mobil			
E-Mail-Adresse			
Größe		Gewicht	
Allein wohnend?	☐ ja	☐ nein, mit	

Wie haben Sie von uns erfahren?

☐ Empfehlung ☐ Internet / Suchmaschine ☐ Social Media

☐ Anzeige / Presse ☐ Pflegedienst / Arzt / Klinik

☐ Sonstiges:

Person

Pflegegrad und Gesundheitszustand

MeinHeimathafen24

Name der zu pflegenden Person: _____ Datum: _____

Pflegegrad

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

Gesundheitszustand / Diagnosen

GEDÄCHTNIS UND VERHALTEN

- ☐ Altersvergesslichkeit
- ☐ beginnende Demenz
- ☐ Demenz / Alzheimer
- ☐ Weglauftendenz
- ☐ Aggressionen

NEUROLOGIE

- ☐ Parkinson
- ☐ Schlaganfall: _____
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Lähmung: _____

HERZ UND KREISLAUF

- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Hypertonie (Bluthochdruck)
- ☐ Hypotonie (niedriger Blutdruck)

STOFFWECHSEL UND ATMUNG

- ☐ Diabetes
- ☐ insulinpflichtiger Diabetes
- ☐ Asthma

BEWEGUNGSAPPARAT UND HAUT

- ☐ Arthrose
- ☐ Arthritis
- ☐ Osteoporose
- ☐ Rheuma
- ☐ Gehschwäche
- ☐ Dekubitus

WEITERE ERKRANKUNGEN

- ☐ Allergien: _____
- ☐ Krebs: _____
- ☐ Behinderungen: _____
- ☐ ansteckende Krankheiten: _____
- ☐ altersbedingt reduzierter Allgemeinzustand: _____

THERAPIE UND MEDIKATION

- ☐ Aktuelle Therapien: _____
- ☐ Aktuelle Medikation: _____
- ☐ Erinnerung an Medikamenteneinnahme
- ☐ Sonstiges: _____

Person

Pflegedienst, Vorsorge und Kommunikation

MeinHeimathafen24

Name der zu pflegenden Person: Datum:

Pflegedienst (muss bei Behandlungspflege engagiert werden)

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, soll der Pflegedienst weiterhin kommen?	☐ ja	☐ nein
Wie oft?		
	☐ täglich	☐ wöchentlich ☐ monatlich
Tätigkeiten des Pflegedienstes?		
Verabreichung Medikamente?		

Vorsorge und Vertretung

Vorsorgevollmacht vorhanden?	☐ ja	☐ nein
Betreuungsverfügung vorhanden?	☐ ja	☐ nein
Patientenverfügung vorhanden?	☐ ja	☐ nein
Wer darf für die Person entscheiden? (Name, Beziehung, Telefon) und wo liegen die Unterlagen?		

Kommunikation

Sprechen	☐ gut	☐ zeitweise	☐ nicht möglich
Hören	☐ gut	☐ zeitweise	☐ nicht möglich
Sehen	☐ gut	☐ zeitweise	☐ nicht möglich
Hilfsmittel	☐ Brille	☐ Hörgerät	☐ Zahnprothese
Anmerkungen			

Orientierung

Zeitlich	☐ gut	☐ zeitweise	☐ nicht möglich
Örtlich	☐ gut	☐ zeitweise	☐ nicht möglich
Persönlich	☐ gut	☐ zeitweise	☐ nicht möglich
Anmerkungen			

Person

Mobilität, Toilette, Schlafen und Hilfsmittel

MeinHeimathafen24

Name der zu pflegenden Person: _____ Datum: _____

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
Anmerkungen			

Toilette

Urinkontrolle	☐ kontinent	☐ nachts inkontinent	☐ inkontinent
Stuhlkontrolle	☐ kontinent	☐ nachts inkontinent	☐ inkontinent
Hilfsmittel	☐ Windeln	☐ Windelhöschen	☐ Binden
	☐ Katheter	☐ Toilettenstuhl	☐ Urinal / Kondom
	☐ Katheter: Beutelwechsel	☐ Stoma	☐ Stoma: Beutelwechsel
Anmerkungen			

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

Schlafen

Einschlafen	☐ gut	☐ teilweise gut	☐ erschwert
Durchschlafen	☐ gut	☐ teilweise gut	☐ erschwert
Nächtliches Aufstehen	☐ nein	☐ 1–2 / Nacht	☐ Anzahl / Nacht:
Hilfen	☐ nein	☐ Schlafmedikation	☐ Hilfe beim nächtlichen Aufstehen
Anmerkungen			

Pflegehilfsmittel

☐ Rollator	☐ Rollstuhl	☐ Gehstock	☐ Treppenlift
☐ Wannenlift	☐ Duschstuhl	☐ Toilettenstuhl	☐ Pflegebett
☐ Dekubitusmatratze	☐ Patientenlifter	☐ Drehscheibe	

Anmerkungen: _____

Person

Körperpflege, Ernährung und Persönlichkeit

MeinHeimathafen24

Name der zu pflegenden Person: _____ Datum: _____

Körperpflege

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
Anmerkungen			

Baden und Duschen

Baden und Duschen	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	☐ hilfsbedürftig
Häufigkeit	☐ wöchentlich	☐ täglich	☐ Anzahl / Woche:
Anmerkungen			

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			
Anmerkungen			

Beschreibung des Charakters

Eigenschaften	
Freizeitgestaltung	
Lieblingsgericht	
Vorlieben	

Rahmenbedingungen

und Anforderungen an die Betreuungskraft

MeinHeimathafen24

Name der zu pflegenden Person: _____ Datum: _____

RAHMENBEDINGUNGEN

Lage und Wohnsituation

Lage	☐ Großstadt	☐ Kleinstadt	☐ Dorf
Wohnsituation	☐ Wohnung	☐ Einfamilienhaus	☐ Mehrfamilienhaus
Wohnfläche (qm)			
Supermarkt (zu Fuß)	☐ 10 Min	☐ 20 Min	☐ 30 Min
Werden größere Einkäufe von der Familie übernommen?	☐ ja	☐ nein	
Anmerkungen			

Ausstattung des Zimmers

Bad	☐ eigenes Bad	☐ Mitbenutzung	
Möbel	☐ Bett	☐ Tisch	☐ Schrank
Medien	☐ Radio	☐ TV	☐ Internet
Anmerkungen			

ANFORDERUNGEN an die BETREUUNGSKRAFT

Ihre Betreuungskraft

Geschlecht	☐ Frau	☐ Mann	☐ egal
Deutschkenntnisse	☐ Befriedigend (A1/A2)	☐ Gut (B1)	☐ Sehr gut (B2)
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
Dauer	☐ bis 2 Monate	☐ 3–6 Monate	☐ dauerhaft
Anmerkungen			

Haushalt und Vertrag

Freizeitregelung und Vertragswünsche

MeinHeimathafen24

Name der zu pflegenden Person: Datum:

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	
Anmerkungen			

Freizeitregelung der Betreuungsperson

Tägliche Pausen

Längere Freizeit pro Woche

VERTRAGSWÜNSCHE

Vertrag

Vertragspartner	☐ Kontaktperson	☐ pflegebedürftige Person
Vertragsbeginn (bitte gewünschtes Startdatum angeben)		
Wie hoch ist Ihr Budget?		
Laufzeit	☐ ohne Enddatum	☐ begrenzt bis:
Anmerkungen		

Einwilligung

und Unterschrift

MeinHeimathafen24

Name der zu pflegenden Person: Datum:

Einwilligungserklärung für den Datenschutz

Verantwortliche Stelle: Fratz Betreuungsvermittlung GmbH (Marke MeinHeimathafen24), Beim Grootsee 15d, 22455 Hamburg · Tel. +49 40 808113570 · Fax +49 40 35676576 · E-Mail moin@meinheimathafen24.de · www.meinheimathafen24.de

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung (www.meinheimathafen24.de). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese gern zu.

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Daten, die ich in diesen Fragebogen eingetragen habe, einschließlich der Daten über meine Gesundheit von der Fratz Betreuungsvermittlung GmbH (MeinHeimathafen24) 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 Fragebogen eingetragen habe, einschließlich der Daten über meine Gesundheit, von MeinHeimathafen24 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 MeinHeimathafen24 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:

moin@meinheimathafen24.de

Sofern ich Daten in diesen Fragebogen 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 die MeinHeimathafen24 zu melden sind. Diese Angaben werden streng vertraulich und nur zum Zwecke der Vermittlung und der daraus resultierenden Betreuung verwendet.

- ☐ **Ich willige ein, dass meine Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten, von der Fratz Betreuungsvermittlung GmbH (MeinHeimathafen24) zum Zweck der Vermittlung und Anbahnung eines Dienstleistungsvertrages eines ausländischen Leistungserbringungsunternehmens erhoben, verarbeitet und genutzt werden.**
- ☐ **Ich willige ein, dass meine Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten, an Kooperationspartner mit Sitz in Osteuropa, die sich der Einhaltung der EU-DSGVO verpflichtet haben, weitergegeben bzw. übermittelt und dort zum Zweck der Anbahnung und Erfüllung eines Dienstleistungsvertrages verarbeitet und genutzt werden.**

Ort / Datum

Unterschrift