



# fairpflegen24.de

## Persönlicher Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Wir finden den Menschen, der zu Ihnen und Ihrer Lebenssituation passt. Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und senden ihn per E-Mail, Fax oder Post an uns zurück. Gerne kommen wir auch zu Ihnen nach Hause und helfen Ihnen. Für die Zusendung verwenden Sie die folgenden Kontaktdaten: [thomas.edelmann@fairpflegen24.de](mailto:thomas.edelmann@fairpflegen24.de)  
Fax: 04873 - 8714 004 oder per Post an [fairpflegen24](#) | Thomas Edelmann | An der Lieth 3a | 24613 Aukrug.

### Kontaktdaten der Kontaktperson

Name der Kontaktperson	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon Festnetz	
Telefon Mobil	
Email-Adresse	
Verwandtschaftsverhältnis	

### Kontaktdaten des zu Pflegenden

Name des zu Pflegenden			
Geburtsdatum			
Adresse			
Telefon Festnetz			
Größe in cm		Gewicht in kg	
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?  ja  nein

Wenn ja, soll der Pflegedienst weiterhin kommen?  ja  nein

Wie oft täglich?

Tätigkeiten des Pflegedienstes?

## Gesundheitszustand / Diagnosen

Altersvergesslichkeit  
 beginnende Demenz  
 Demenz / Alzheimer  
 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

Behinderung

Aktuelle Therapien:

Aktuelle Medikation:

Sonstiges:

## Kommunikation

Sprechen  gut  eingeschränkt  nicht möglich

Hören  gut  eingeschränkt  nicht möglich

Sehen  gut  eingeschränkt  nicht möglich

Hilfsmittel  Brille  Hörgerät  Zahnprothese

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

Orientierung			
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"/> nicht möglich
Transfer Bett/Rollstuhl	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Toilettengang	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Urinflasche	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich

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"/> Anus Praeter

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"/> Lagerungshilfen	<input type="checkbox"/> Drehscheibe	<input type="checkbox"/>

## Körperpflege

Gesicht	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung	<input type="checkbox"/> ist zu Übernehmen
Mundpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung	<input type="checkbox"/> ist zu Übernehmen
Oberkörper	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung	<input type="checkbox"/> ist zu Übernehmen
Gesäß/Beine	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung	<input type="checkbox"/> ist zu Übernehmen
Intimpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung	<input type="checkbox"/> ist zu Übernehmen
Haare kämmen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung	<input type="checkbox"/> ist zu Übernehmen
Haare waschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung	<input type="checkbox"/> ist zu Übernehmen
Handpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung	<input type="checkbox"/> ist zu Übernehmen
Fußpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung	<input type="checkbox"/> ist zu Übernehmen
Rasieren	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung	<input type="checkbox"/> ist zu Übernehmen

## Baden und Duschen

Baden und Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung	<input type="checkbox"/> ist zu Übernehmen
Häufigkeit	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> ____x/Woche

## Nahrungsaufnahme

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	keine	Störungen	Sonde
Ernährungszustand	normal	adipös (+)	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
Häufigkeit	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus
Wohnfläche	qm: _____		
Supermarkt (zu Fuß)	10 Min	20 Min	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		

## 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	<input type="checkbox"/> Gut	<input type="checkbox"/> Sehr gut
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
Dauer			
Sonstiges			

Haushaltsführung			
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 der Firma fairpflegen24 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 der Firma fairpflegen24 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 die Firma fairpflegen24 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:

E-Mail: [thomas.edelmann@fairpflegen24.de](mailto:thomas.edelmann@fairpflegen24.de) Sofern ich Daten in diesen Erhebungsbogen eintrage, die nicht allein meine Person betreffen, versichere ich hiermit, dass ich von dieser dritten 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 Firma Pflegechampion UG zu melden sind. Diese Angaben werden streng vertraulich und nur zum Zwecke der Vermittlung und der daraus resultierenden Betreuung verwendet.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



Thomas Edelmann  
An der Lieth 3a | 24613 Aukrug

Telefon: 04873 - 8714 793

Fax: 04873 - 8714 004

[thomas.edelmann@fairpflegen24.de](mailto:thomas.edelmann@fairpflegen24.de)

[www.fairpflegen24.de](http://www.fairpflegen24.de)