

---

## Fragebogen zur Bedarfsanalyse

---

Eine umfassende Bedarfsanalyse ist das Herzstück einer individuellen Betreuung zu Hause. Sie ermöglicht die Suche nach einer geeigneten Betreuungsperson. Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen gewissenhaft aus und senden ihn an uns zurück.

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen auf einem der folgenden Wege an uns zurück:**

**E-Mail:** [info@senior-home24.de](mailto:info@senior-home24.de)

**Fax:** 07431 – 500 890

**Post:** Senior@Home24

Auf Staufen 17

72458 Albstadt

**Gerne füllen wir den Fragebogen gemeinsam mit Ihnen am Telefon aus:**

**0 74 31 – 9898 661**

Notizen:

### 1. Allgemeine Angaben

Geplanter Betreuungsbeginn: \_\_\_\_\_ Geplante Dauer: \_\_\_\_\_ Flyer/Empfehlung erhalten von: \_\_\_\_\_

Name der Kontaktperson:		Name des Patienten:	
Vorname der Kontaktperson:		Vorname des Patienten:	
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
		Geschlecht des Patienten:	
Adresse:		Adresse:	
Straße:		Straße:	
Hausnummer:		Hausnummer:	
Postleitzahl (PLZ):		Postleitzahl (PLZ):	
Ort:		Ort:	
Fax:		Raucher/in:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefonnummer mit Vorwahl (Privat):		Telefonnummer mit Vorwahl (Privat):	
Telefonnummer mit Vorwahl (Büro):		Telefonnummer (Mobil):	
Telefonnummer (Mobil):		Gewicht:	
E-Mail:		Größe:	
Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson:		Wohnt der Patient alleine?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, mit:

#### Diagnosen und Gründe für die Betreuungsbedürftigkeit:

- |   |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche   | <input type="checkbox"/> Asthma      | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes              |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li | <input type="checkbox"/> Dekubitus   | <input type="checkbox"/> Demenz            | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl.  |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung  | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Allergien             |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz   | <input type="checkbox"/> Rheuma      | <input type="checkbox"/> Parkinson         | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie   | <input type="checkbox"/> Stoma       | <input type="checkbox"/> Depression        | <input type="checkbox"/> Tumor: _____          |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |  |
| <input type="checkbox"/> Amputation: _____  |                                      | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____   |  |

#### Pflegegrad:

- Keiner:
- Falls ja, welcher:  1  2  3  4  5
- Beantragt:  1  2  3  4  5

### Körperpflege:

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	vollständige Unterstützung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare waschen / kämmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird im Bett gewaschen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

### Pflegedienst:

Bitte beachten Sie, dass die medizinische Behandlungspflege (z. B. Medikamentengabe, Wundversorgung, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, ...etc.) durch einen Pflegedienst erfolgen muss.

Erfolgt z. Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst:  ja  nein

Name des Pflegedienstes: \_\_\_\_\_

Wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden?  ja  nein

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst künftig noch? \_\_\_\_\_

Tagespflege: \_\_\_\_\_ Wie oft? \_\_\_\_\_

### Toilettengänge / Inkontinenz:

Toilettengänge:  selbstständig  komplett hilfsbedürftig  unter Anleitung

Urinkontrolle:  nicht inkontinent  teilweise inkontinent (z.B. nachts)  harninkontinent

Stuhlkontrolle:  nicht inkontinent  teilweise inkontinent (z.B. nachts)  stuhlinkontinent

Hilfsmittel:  Windeln  Vorlagen  suprapubischer Dauerkatheter

Katheter  Urinflasche  künstlicher Blasenausgang

künstlicher Darmausgang / Stoma

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### An- / Auskleiden:

selbstständig  braucht Hilfe  vollständig hilfsbedürftig

### Essen / Trinken:

selbstständig  braucht Hilfe (z.B. beim Schneiden)  vollständig hilfsbedürftig

### Kau- u. Schluckstörungen:

keine  Störungen  PEG Sonde  Nahrungskarenz  Trinkkarenz

### Probleme in der Kommunikation:

- Sprache:  keine  mäßige  massive Probleme  
 Hörvermögen:  keine  mäßige  massive Probleme  
 Sehkraft:  keine  mäßige  massive Probleme

### Probleme mit der Orientierung:

- Zeitlich:  keine  zeitweise  massive Probleme  
 Örtlich:  keine  zeitweise  massive Probleme  
 Persönlich:  keine  zeitweise  massive Probleme

### Mobilität:

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	vollständige Unterstützung
Hinlegen & Aufstehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinsetzen & Aufstehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Gehhilfen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Rollstuhl:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umlagern im Bett:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sturzgefahr:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

### Transfer / Umsetzen: Bett / Rollstuhl:

- selbstständig  hilft mit  komplett hilfsbedürftig  
 bettlägerig / kein Transfer: muss gelagert werden  nein  ja: \_\_\_\_\_

### Hilfsmittel:

- Pflegebett  Dekubitusmatratze  Rollstuhl  Rollator  
 Toilettenstuhl  Duschstuhl  Lift  Hebegurt/-sitz

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Herausfordernde Verhaltensweisen:

- keine  Angstzustände  Apathie/Teilnahmslosigkeit  Halluzinationen  
 starke Unruhe  Weglauftendenz  Ablehnung der Pflege  Aggressivität

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Diät:

keine  falls ja, welche \_\_\_\_\_

### Ein- / Durchschlafen:

keine Probleme  sporadische Störungen  Schlaf-wach-Rhythmus gestört

### Wie oft steht der Patient jede Nacht auf und warum?

1 mal  2 – 3 mal  mehr als 3 mal

Bekommt Schlafmittel:  ja  nein

### Ist in der Nacht voraussichtlich Hilfe erforderlich?

nein  ja, \_\_\_\_\_ mal bei welchen Tätigkeiten? \_\_\_\_\_

### Aktuelle Therapien:

keine  Krankengymnastik  Logopädie  Sonstige:

**Bitte beschreiben Sie das Wesen und den Charakter des Patienten:** (Bsp.: bestimmend, zurückhaltend, lieb, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Hobbies / Interessen:

\_\_\_\_\_

### Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an die Betreuungskraft?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Rahmenbedingungen:

#### Lage:

Großstadt – zentral  Großstadt – abgelegen  Kleinstadt  Dorf  ländlich

#### Wohnsituation:

Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  Wohnung  Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Einkaufsmöglichkeiten:

ca. 10 min.  ca. 20 min.  ca. 40 min.  1 Stunde  länger als 1 Stunde

#### Ausstattung des Zimmers für den / die Mitarbeiter / in:

eigenes Bad  Bett  Tisch  Schrank  Radio  TV  
 Computer  Internetzugang

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### 2. Anforderungen an das Personal

#### Geschlecht:

Frau  Mann  irrelevant

#### Alter (in Jahren)

20 – 30  30 – 40  40 – 50  älter als 50  irrelevant

#### Sprachkenntnisse:

1 (sehr gut)  2 (gut)  3 (befriedigend)  4 (Grundkenntnisse)  5 (einzelne Wörter)

#### Führerschein:

ja, unbedingt  Automatik  Schaltgetriebe  Nein, irrelevant

#### Was ist Ihnen für die Betreuung am wichtigsten? (Bsp.: Termin, Sprache, Führerschein ...)

#### Haustiere:

keine  wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden:  ja  nach Bedarf  nein

#### Einkäufe:

immer  gelegentlich  nein

#### Kochen / Essensvorbereitung:

immer  gelegentlich  nein

Bevorzugte Lebensmittel und Getränke:

#### Wäsche waschen:

immer  gelegentlich  nein

#### Bügeln:

immer  gelegentlich  nein

#### Begleitung bei Arztbesuchen:

immer  gelegentlich  nein

Gibt es eine Haushaltshilfe:  nein  falls ja, wie oft kommt diese in der Woche: \_\_\_\_\_

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt (Blumenpflege, Reinigung der Wohnfläche, ...):

### Leben neben der hilfsbedürftigen Person noch weitere Personen im Haushalt?

nein       ja, eine zweite hilfsbedürftige Person (bitte auch S. 2-5 ausfüllen)

ja, folgende: \_\_\_\_\_

Tätigkeit für Mitbewohner?  nein

ja, nämlich: \_\_\_\_\_

### Freizeitregelung:

*Jede Betreuungskraft braucht auch Zeit für sich zur Regeneration um anschließend wieder gestärkt an die Arbeit zu gehen. Wie wird die Freizeit der Betreuungskraft ermöglicht?*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wer übernimmt die Betreuung in der Freizeit der Betreuungskraft? \_\_\_\_\_

### Bemerkungen / Ergänzungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

„Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen **nach meinem besten Wissen** und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.“

.....  
Datum, Ort

.....  
Unterschrift

## HINWEISE ZUR DATENVERARBEITUNG

### **I. WENN DER FRAGEBOGEN VON EINER ANDEREN ALS DER ZU BETREUENDEN PERSON UNTERSCHRIEBEN WIRD (BEVOLLMÄCHTIGER / ANGEHÖRIGER)**

Sie haben die Möglichkeit die erteilte Einwilligung jederzeit per E-Mail: [info@senior-home24.de](mailto:info@senior-home24.de) oder telefonisch unter der Nummer: +49 7431 9898661 jederzeit zu widerrufen.

#### **Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten der zu betreuenden Person/en**

Ich willige in die Verarbeitung personenbezogener Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten von

---

#### **(Vor- und Nachname der zu betreuenden Person/en)**

durch die Dr. Katrin und Reiner Herre GbR mit Sitz in Albstadt, Auf Staufen 17, D-72458 Albstadt, zum Zweck der Kontaktaufnahme mit mir und der Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für die Betreuungsleistungen und zum Zweck der Vorbereitung und Realisierung des Vertrags über die Erbringung von Betreuungsleistungen ein.

Hiermit erkläre ich, dass ich zur Abgabe der obigen Erklärungen über die Verarbeitung personenbezogener Daten bevollmächtigt bin.

#### **Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten des Bevollmächtigten (der Bevollmächtigte gibt seine Kontaktdaten an, die verwendet werden) zur Unterbreitung eines Angebots.**

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Dr. Katrin und Reiner Herre GbR mit Sitz in Albstadt, Auf Staufen 17, D-72458 Albstadt, zum Zweck der Kontaktaufnahme mit mir und der Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für Betreuungsleistungen und zum Zweck der Realisierung des Vertrags zugunsten der Person, in deren Vollmacht ich handle, ein.

#### **Einwilligung in die Datenweitergabe**

Nach Auftragserteilung möchte ich Angebote und Informationen über betreuungsbezogene Themen erhalten und willige dazu ein, dass die von mir gegenüber der Dr. Katrin und Reiner Herre GbR mit Sitz in Albstadt, Auf Staufen 17, D-72458 Albstadt, angegebenen Daten, zu denen die Telefonnummer, die E-Mail-Adresse und die Wohnanschrift gehören, an ausgesuchte Kooperationspartner im Pflege- und Betreuungsbereich weitergegeben werden. Soweit Daten an diese Kooperationspartner zu Beratungszwecken weitergegeben werden, habe ich mit der Unterbreitung von Angeboten im Rahmen der Pflege und Betreuung zu rechnen. Die oben genannten Angebote möchte ich auf folgenden Kommunikationswegen erhalten:

---

**(Ort, Datum und Unterschrift)**

### **II. WENN DER FRAGEBOGEN VON DER ZU BETREUENDEN PERSON SELBST UNTERSCHRIEBEN WIRD**

Sie haben die Möglichkeit die erteilte Einwilligung per E-Mail an folgende Adresse:  
info@senior-home24.de oder telefonisch unter der Nummer: +49 7431 9898661 jederzeit zu widerrufen.

#### **Einwilligung zur Unterbreitung eines Angebots:**

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, einschließlich gesundheitsbezogener Daten, durch die Dr. Katrin und Reiner Herre GbR mit Sitz in Albstadt, Auf Staufen 17, D-72458 Albstadt zum Zweck der Kontaktaufnahme mit mir und der Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für die Betreuungsleistungen und zum Zweck der Vorbereitung und Realisierung des Vertrags über die Erbringung von Betreuungsleistungen ein. Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

#### **Einwilligung in die Datenweitergabe**

Nach Auftragserteilung möchte ich Angebote und Informationen über betreuungsbezogene Themen erhalten und willige dazu ein, dass die von mir gegenüber der Dr. Katrin und Reiner Herre GbR mit Sitz in Albstadt, Auf Staufen 17, D-72458 Albstadt, angegebenen Daten, zu denen die Telefonnummer, die E-Mail-Adresse und die Wohnanschrift gehören, an ausgesuchte Kooperationspartner im Pflege- und Betreuungsbereich weitergegeben werden. Soweit Daten an diese Kooperationspartner zu Beratungszwecken weitergegeben werden habe ich mit der Unterbreitung von Angeboten im Rahmen der Betreuung zu rechnen.

---

(Ort, Datum und Unterschrift)

### Der Administrator Ihrer personenbezogenen Daten

ist die Dr. Katrin und Reiner Herre GbR mit Sitz in Albstadt, Auf Staufen 17, D-72458 Albstadt – bei der Erteilung der Einwilligung zur Kontaktaufnahme mit Ihnen und Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für die Betreuungsleistungen.

- Ausführliche Informationen über den Schutz der personenbezogenen Daten finden Sie unter: [www.senior-home24.de](http://www.senior-home24.de).
- Um ausführliche Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten zu erhalten, kontaktieren Sie bitte den Datenschutzbeauftragten per Email an: [info@senior-home24.de](mailto:info@senior-home24.de).
- Ihre personenbezogenen Daten werden verarbeitet, um Ihnen ein Angebot unterbreiten und den Vertrag über die Erbringung von Betreuungsleistungen realisieren zu können. Hierzu zählt auch die Angebotserstellung. Ergänzend nutzen wir Ihre personenbezogenen Daten auch zum Zweck der Übersendung von gelegentlichen Informationen und im Zusammenhang mit der laufenden Zusammenarbeit, die auf der Grundlage des vorliegenden Vertrags angeknüpft.
- Die Angabe der personenbezogenen Daten ist freiwillig, jedoch für die Realisierung der o.g. Zwecke notwendig.
- Die rechtliche Grundlage für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten ist:
  - Handlungsbedarf vor Abschluss des Vertrags und seine Realisierung;
  - Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten
  - Rechtlich begründetes Interesse der Dr. Katrin und Reiner Herre GbR mit Sitz in Albstadt, Auf Staufen 17, D-72458 Albstadt das darin besteht, dass die Firma positive Beziehungen mit den Kunden aufbaut.
- Zugang zu Ihren Daten haben nur unsere Mitarbeiter und Partneragenturen der Dr. Katrin und Reiner Herre GbR mit Sitz in Albstadt, Auf Staufen 17, D-72458 Albstadt, welche mit unserer Firma zusammenarbeiten. Diese Unternehmen werden ausschließlich Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten haben, um Ihnen unser Angebot darzulegen.
- Folgende personenbezogenen Daten werden gespeichert:
  - Daten, die im Zusammenhang mit Handlungsbedarf vor Abschluss des Vertrags und seiner Realisierung und Daten, die den Gesundheitszustand betreffen, die auf der Grundlage der Einwilligung verarbeitet werden – nach Auflösung
  - der Ablauf des Vertrags, und auch wenn es nicht zum Abschluss des Vertrags kommt, im Zusammenhang mit dem rechtlich begründeten Interesse der Dr. Katrin und Reiner Herre GbR, das darin besteht, dass die Daten zum Schutz vor eventuellen Ansprüchen gespeichert bleiben, jedoch nicht länger, als das durch die geltenden Rechtsvorschriften erforderlich ist. Aufbewahrungsfrist für die personenbezogenen Daten betrifft auch die Aufbewahrung von Daten der Kontaktpersonen.
- Es stehen Ihnen folgende Rechte zu:
  - das Recht, Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten zu beantragen, ihre Berichtigung, Entfernung oder Einschränkung zu fordern, sowie das Recht Ihre Einwilligung zur Verarbeitung und zur Übertragung der Daten zu widerrufen;
  - das Recht, die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten jederzeit zu widerrufen: per E-Mail an folgende Adresse: [info@senior-home24.de](mailto:info@senior-home24.de), telefonisch unter der Nummer: +49 7431 9898661 oder per Post;
  - das Recht, eine Beschwerde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten an den zuständigen Beauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit einzureichen;
- Ihre Daten werden weder zum Profiling noch zur Vornahme einer automatisierten Entscheidungsfindung verwendet.