|  |
| --- |
| **Fragebogen Unterstützungsbedarf**  |

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O m O w

Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobil-Nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Haben Sie einen Pflegegrad?**

 O Nein

 O Ja, und zwar

 O Pflegegrad 1

 O Pflegegrad 2

 O Pflegegrad 3

 O Pflegegrad 4

 O Pflegegrad 5

**2. Haben Sie eine Person Ihres Vertrauens (oder mehrere) bevollmächtigt oder erhalten Sie rechtliche Betreuung?**

O Bevollmächtigte/r (Name und Kontaktdaten):

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

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

O Rechtliche Betreuer/rechtliche Betreuerin (Name und Kontaktdaten):

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

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

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

**3. Erhalten Sie bereits Unterstützung (Pflegedienst, Besuchsdienst o.ä.)?**

 O Nein

 O Ja, und zwar von (Name der Unterstützungsdienste):

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

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

**4. In welchen Bereichen wünschen Sie sich Unterstützung?**

OFreizeit gestalten

O vorlesen

 O Ausflüge unternehmen

 O Begleitung zu Verabredungen

 O spazieren gehen

 O sich unterhalten

 O gemeinsame Gartenarbeit

 O gemeinsam kochen/backen

 O Einkäufe erledigen

 O Hilfe bei der Haushaltsführung

 O Begleitung zu Ärzten

 O Begleitung zu Behörden

 O Unterstützung bei der Nutzung eines Smartphones/Tablets

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

**5. Was ist Ihnen mit Blick auf die unterstützende Person wichtig?**

 O Für mich kommt nur ein Mann in Frage

 O Für mich kommt nur eine Frau in Frage

 O Das Geschlecht ist mir egal

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

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

**6. Wie bewegen Sie sich außerhalb Ihrer Wohnung fort?**

 O Ich habe ein Auto und fahre dieses auch selbst

 O Ich muss durch eine anderer Person mit einem PKW transportiert werden

 O Ich nutze öffentliche Verkehrsmittel

 O Ich benutze einen Rollator

 O Ich bin auf einen Rollstuhl angewiesen

**7. Wie oft in der Woche wünschen Sie sich Unterstützung?**

 O Regelmäßig

 O 1 Tag in der Woche

 O 2 Tage in der Woche

 O 3 Tage in der Woche

 O 4 Tage in der Woche

 O 5 Tage in der Woche

 O 6 Tage in der Woche

 O 7 Tage in der Woche

 O Unregelmäßig, nach Bedarf \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. An welchen Tagen wünschen Sie sich Unterstützung?**

Montag: O vormittags | O nachmittags

Dienstag: O vormittags | O nachmittags

Mittwoch: O vormittags | O nachmittags

Donnerstag: O vormittags | O nachmittags

Freitag: O vormittags | O nachmittags

Samstag: O vormittags | O nachmittags

Sonntag: O vormittags | O nachmittags

**9. Was ist Ihnen ansonsten wichtig?**

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

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

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

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

**Einwilligungserklärung zum Datenschutz**

Die Neunkircher gemeinnützig Gesellschaft zur Förderung von Familien- und Nachbarschaftshilfe mbH verarbeitet die auf diesem

Formular angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Vermittlung an eine/n Nachbarschaftshelfer\*in. Eine Übermittlung an Dritte findet ausschließlich zum Zwecke der Vermittlung an eine beim Servicepunkt registrierte(n) Nachbarschaftshelfer(in) statt.

Sie haben das Recht, jederzeit über die zu Ihrer Person gespeicherten personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und eine Berichtigung oder Löschung der Daten zu verlangen. Zur Auskunftserteilung wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten.

Sie haben darüber hinaus jederzeit das Recht, Ihre Zustimmung zur Verwendung und Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten einzuschränken oder mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Unverzüglich bei Widerruf oder spätestens sechs Monate nach erfolgreicher Vermittlung werden Ihre Daten gelöscht und sachgerecht entsorgt. Darüber ergeht keine gesonderte Mitteilung. Die Möglichkeit der Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde steht Ihnen jederzeit offen.

Verantwortlich für den einrichtungsinternen Datenschutz:

**Musterorganisation**

**Datenschutzbeauftragte/-r
Musterstraße 1
12345 Musterhausen**

**Tel.: 0123 / 456789**

***muster@muster.de***

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

Ort | Datum | Unterschrift Unterstützungsbedürftige(r)

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

Ort | Datum | Unterschrift Servicepunkt Nachbarschaftshilfe

Bemerkung (intern auszufüllen):

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

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

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

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

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

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

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

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