



Büro Mertens
 Betreuungskräfte aus Osteuropa
 24h gut betreut

Angaben zur Pflegesituation

Angaben zur Kontaktperson:

Nachname:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Telefon (zu Hause):	Telefon (Arbeit):
Telefon (mobil):	E-Mail:
Fax:	Verwandtschaftsgrad: (zur betreuenden Person)

Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Nachname:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Telefon:	Telefon (mobil):
Fax:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Größe in cm:
Raucher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gewicht in kg:

Allgemeines – bitte kreuzen Sie Zutreffendes jeweils an.

Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ___ beantragt
Sprache:	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich
Sehkraft:	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> massive Probleme
Brille:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hörvermögen:	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> massive Probleme
Hörgerät:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nächtliche Hilfe:	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input type="checkbox"/> einmal erforderlich <input type="checkbox"/> mehrfach erforderlich
Treppensteigen:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> nicht möglich
Transfer/ Bett/ Rollstuhl:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Krücken/Stock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Pflegebett <input type="checkbox"/> Rollstuhl
Orientierung (zeitlich/örtlich):	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> zeitweise orientierungslos <input type="checkbox"/> massive Probleme
Geistiger Zustand:	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> verwirrt <input type="checkbox"/> teilnahmslos <input type="checkbox"/> nicht ansprechbar
Nahrungsaufnahme:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
Kau- & Schluckstörungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Büro Mertens
 Betreuungskräfte aus Osteuropa
 24h gut betreut

Diät:	<input type="checkbox"/> wenn ja, welche: _____	
Toilette:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Teil-Inkontinenz	<input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> Voll-Inkontinenz
Windeln:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Baden <input type="checkbox"/> Duschen Pro Woche:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> 1x-3x <input type="checkbox"/> 3x-5x <input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> mit Hilfe

Körperpflege

Gesicht:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Körper:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Gesäß:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Intimpflege:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Rasieren:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Haare waschen/kämmen:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Mundpflege/Zahnersatz:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
An- und Auskleiden:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung

Pflegedienst

Ist ein Pflegedienst beauftragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wird dieser weiterkommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Evtl. Pflegedienstleistungen:

Krankheiten:

Allergien:

Hobbys, wenn ja welche:



Büro Mertens
 Betreuungskräfte aus Osteuropa
 24h gut betreut

Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> irrelevant
Pflegeerfahrung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Deutschkenntnisse:	<input type="checkbox"/> gering, kaum	<input type="checkbox"/> gut	
	<input type="checkbox"/> einfach, kommunikativ	<input type="checkbox"/> sehr gut	
Kochkenntnisse:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend	
	<input type="checkbox"/> ausreichend		
Raucher:	<input type="checkbox"/> nein (nur im Freien)	<input type="checkbox"/> irrelevant	
Alter:	<input type="checkbox"/> 25-30	<input type="checkbox"/> ab 45	
	<input type="checkbox"/> ab 30	<input type="checkbox"/> irrelevant	

Rahmenbedingungen:

Lage:	<input type="checkbox"/> Stadt	<input type="checkbox"/> Dorf	<input type="checkbox"/> ländlich
Wohnart:	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	
Wohnfläche in m ² : _____	<input type="checkbox"/> Wohnung		
Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):	<input type="checkbox"/> ca. 10 Min.	<input type="checkbox"/> ca. 20 Min.	<input type="checkbox"/> >30 Min.
Zimmer für den/die Betreuer/in:	<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> Tisch
	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> TV	
Bad/WC für den/die Betreuer/in:	<input type="checkbox"/> separat	<input type="checkbox"/> gemeinsame Nutzung	
Steht der Kraft Internet zur Verfügung? (empfohlen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> wird eingerichtet		

Weitere Anforderungen an die Betreuungskraft

Einkaufen:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> täglich
Kochen/Essensvorbereitung:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> täglich
Wäsche waschen:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> täglich
Bügeln:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> täglich
Haustiere vorhanden: wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Mitversorgung von Haustieren:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Arztbesuche:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> täglich
Windel wechseln:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> mehrmals täglich

Weitere Anforderungen: _____



Büro Mertens
Betreuungskräfte aus Osteuropa
24h gut betreut

Tagesablauf der zu betreuenden Person

Morgens/vormittags:	Mittags/nachmittags:	Abends/nachts:

Sonstiges

Anzahl der weiteren im Haushalt lebenden Personen:	<input type="checkbox"/> keine _____ Person/en
Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person?	_____
Fallen für diese Person Arbeiten an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche und was für Aufgaben?	_____

Gibt es eine Haushaltshilfe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zusätzlichen Angaben:	_____

Gewünschter Betreuungsbeginn: _____

Ihre persönlichen Daten und Angaben werden nur vom Büro Mertens sowie unseren Partnerunternehmen bearbeitet, damit wir die optimale Betreuungskraft für Sie finden können

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben genannten Angaben nach meinem besten Gewissen wahrheitsgemäß sind:

Ort, Datum: Unterschrift:

(Name & Vorname bitte zusätzlich gut lesbar in Druckbuchstaben)