



Büro Mertens
Betreuungskräfte aus Osteuropa
24h gut betreut

Fragebogen

Kontaktperson:

Vorname:	Nachname:
Straße:	PLZ/ Ort:
Telefon (Festnetz):	Telefon (geschäftlich):
Telefon (mobil):	E-Mail:
Verwandschaftsgrad (zur betreuenden Person):	

Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Vorname:	Nachname:
Straße:	PLZ/Ort:
Telefon (Festnetz):	Telefon (mobil):
E-Mail:	Größe in cm:
Geburtsdatum:	Gewicht in kg:

Allgemeines

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	<input type="checkbox"/> Lesebrille				
Hörvermögen:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> massive Probleme	<input type="checkbox"/> Hörgerät			
Nächtliche Hilfe erforderlich (pro Nacht)?	<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/Fortbewegung:	<input type="checkbox"/> selbstständig		<input type="checkbox"/> mit Hilfe				
	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig		<input type="checkbox"/> bettlägerig				
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Krücken/Stock		<input type="checkbox"/> Rollator				
	<input type="checkbox"/> Pflegebett		<input type="checkbox"/> Rollstuhl				
	<input type="checkbox"/> Treppenlift		<input type="checkbox"/> Patientenlift/Hebe-Gurt				
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"/> ändert sich immer mal wieder		<input type="checkbox"/> nicht ansprechbar				
Nahrungsaufnahme:	<input type="checkbox"/> selbstständig		<input type="checkbox"/> mit Hilfe				
	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig						
Diät:	<input type="checkbox"/> wenn ja, welche: _____						
Toilettengang:	<input type="checkbox"/> selbstständig		<input type="checkbox"/> mit Hilfe				
	<input type="checkbox"/> Teil-Inkontinenz		<input type="checkbox"/> Voll-Inkontinenz				



Büro Mertens
Betreuungskräfte aus Osteuropa
24h gut betreut

Windeln/ Pants:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Raucher:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Gesundheitsmerkmale:	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> MS Patient <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> künstl. Ausgang <input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Schluckstörungen <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Osteoporose
Weitere Merkmale:			
Allergien:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> _____	
Dement: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> aggressiv	
Hobbys:	_____		

Körperpflege

Baden/ Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Wie oft wöchentlich?	<input type="checkbox"/> 1x-3x <input type="checkbox"/> 3x-5x	<input type="checkbox"/> täglich
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

Kommt ein Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wird er weiterkommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Aufgaben übernimmt er?	_____	



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
Erfahrung in der Betreuung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Deutschkenntnisse:	<input type="checkbox"/> gering, kaum <input type="checkbox"/> einfach, kommunikativ	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut	
Kochkenntnisse:	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> befriedigend	
Raucher:	<input type="checkbox"/> nein (nur im Freien)	<input type="checkbox"/> irrelevant	
Alter:	<input type="checkbox"/> von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> irrelevant	

Körperpflege der hilfsbedürftigen Person:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> übernimmt der Pflegedienst/ eine verwandte Person
An- und Auskleiden der hilfsbedürftigen Person:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> übernimmt der Pflegedienst/ eine verwandte Person
Einkaufen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, wie oft?	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> 1x die Woche	<input type="checkbox"/> mehrmals pro Woche	
Begleitung zum Arzt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Spazieren gehen:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> täglich	
Kochen:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> täglich	
Wäsche waschen:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> täglich	
Bügeln:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> täglich	
Windel wechseln:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> mehrmals täglich	
Haustiere mitversorgen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche und was ist zu tun?	_____			

Weitere Anforderungen: _____

Rahmenbedingungen:

Lage:	<input type="checkbox"/> Dorf	<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> Großstadt
	<input type="checkbox"/> zentral	<input type="checkbox"/> Randgebiet	<input type="checkbox"/> abgelegen
Wohnart: _____ m ²	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Wohnung
Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):	<input type="checkbox"/> ca. 10 Min.	<input type="checkbox"/> ca. 20 Min.	<input type="checkbox"/> nicht zu Fuß erreichbar
Zimmer für die Betreuungskraft:	<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> Tisch
	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Internet (empfohlen)
Bad/WC für die Betreuungskraft:	<input type="checkbox"/> separat	<input type="checkbox"/> gemeinsame Nutzung	<input type="checkbox"/> Internet wird eingerichtet



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?	

Sollten für eine zweite Person pflegerische Arbeiten anfallen, füllen Sie bitte einen zweiten Fragebogen für diese Person aus.

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)