



Büro Mertens
Betreuungskräfte aus Osteuropa
24h gut betreut

Nr. (vom Büro Mertens auszufüllen)

Kontaktperson:

Vorname:	Nachname:
Straße:	PLZ/ Ort:
Telefon (Festnetz):	Telefon (geschäftlich):
Telefon (mobil):	E-Mail:
Verwandtschaftsgrad (zu der zu betreuenden Person):	

Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Vorname:	Nachname:
Straße:	PLZ/Ort:
Telefon (Festnetz):	Telefon (mobil):
E-Mail:	Geburtsdatum:

Wichtige Informationen!

Zunächst möchten wir uns bei Ihnen bedanken für Ihr Vertrauen in das Büro Mertens.

Aufgrund der neuen EU-Datenschutz Grundverordnung 2018, benötigen wir von Ihnen vorab eine schriftliche Einverständniserklärung, um die Datenschutzbestimmungen einzuhalten und den Schutz Ihrer persönlichen Daten wahren zu können. Diese können Sie auch unter <https://dsgvo-gesetz.de> nachlesen.

Somit bitten wir Sie auf diesem Wege um Ihre Zustimmung, die von Ihnen übermittelten Kontaktdaten in nicht anonymisierter Form unseren Partnerunternehmen übermitteln zu dürfen. Dazu, ist eine Einwilligung zu Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten unabdingbar.

Dazu speichern wir Daten, die Sie im Rahmen des gesamten Anfrage-Verfahrens bereitgestellt haben (Namen, Adressen sowie angegebene Daten aus dem Fragebogen) und die für die Suche nach einer Betreuungskraft und zur Sicherung des hohen Serviceangebotes, nötig sind. Diese Daten geben wir nicht ohne Ihre Einwilligung weiter. Selbstverständlich können Sie die Datenschutzerklärung jederzeit auch widerrufen.

Unten finden Sie die Einwilligungserklärung, die der aktuellen Gesetzgebung entspricht und darüber hinaus die Anforderungen der EU-DSVGO berücksichtigt.

Sollten Sie Fragen zum Datenschutz haben, dann freuen wir uns über Ihre Kontaktaufnahme.

Datenschutz Einwilligung

Hiermit bestätige/n ich/wir _____,

dass das Büro Mertens mich/uns per E-Mail, Telefon oder Post über Angebote

und alle weiteren geschäftlichen Anliegen, die notwendig sind um eine hohe Qualität der Servicedienstleistung zu gewährleisten, kontaktieren darf.

Ort, Datum

Unterschrift

Beauftragung zur Suche nach einer Betreuungskraft

Hiermit bestätige/n ich/wir die Richtigkeit der Angaben im Fragebogen und beauftrage/n das Büro Mertens verbindlich mit der Suche nach einer Betreuungskraft.

Ort, Datum

Unterschrift



Büro Mertens
Betreuungskräfte aus Osteuropa
24h gut betreut

Nr. (vom Büro Mertens auszufüllen)

Fragebogen

Einsatzort und Angaben zur betreuungsbedürftigen Person:

PLZ/ Ort:	Größe:	cm	Gewicht:	kg
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	Alter:		

Allgemeines und Gesundheitszustand der zu betreuenden Person

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		<input type="checkbox"/> Schluckstörungen	
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	
Windeln/ Pants:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Raucher:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Dement: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> aggressiv	
Gesundheitsmerkmale:	<input type="checkbox"/> MS Patient		<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	
	<input type="checkbox"/> Parkinson		<input type="checkbox"/> Schlaganfall	
	<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Depression	
Weitere aktuelle gesundheitliche Einschränkungen:				
Allergien:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> _____			



Nr. (vom Büro Mertens auszufüllen)

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?	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

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	



Büro Mertens
Betreuungskräfte aus Osteuropa
24h gut betreut

Nr. (vom Büro Mertens auszufüllen)

Körperpflege der hilfsbedürftigen Person:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nein, übernimmt der Pflegedienst/ eine verwandte Person
An- und Auskleiden der hilfsbedürftigen Person:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nein, 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 vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche und was ist zu tun?	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		

Rahmenbedingungen:

Lage:	<input type="checkbox"/> Dorf	<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> Großstadt
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		

Tagesablauf der zu betreuenden Person

Morgens/vormittags:	Mittags/nachmittags:	Abends/nachts:
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

Besuche von Verwandten/ Bekannten?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wenn ja, wer und wie oft ungefähr?
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	



Büro Mertens
Betreuungskräfte aus Osteuropa
24h gut betreut

Nr. (vom Büro Mertens auszufüllen)

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