



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 akzeptieren die AGBs des Büro Mertens 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"/> Dekubitus   |                            |   |
|   | <input type="checkbox"/> Parkinson                            |  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall            |   | <input type="checkbox"/> Thrombose   |                            |   |
|   | <input type="checkbox"/> Diabetes                             |  | <input type="checkbox"/> Depression              |   | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |                            |   |
| Weitere aktuelle gesundheitliche Einschränkungen:                 |   |  |  |   |                                      |                            |   |
| Allergien:  | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> _____ |  |  |   |                                      |                            |   |



Büro Mertens  
Betreuungskräfte aus Osteuropa  
24h gut betreut

Nr. (vom Büro Mertens auszufüllen)

### Körperpflege

|                            |   |  |
|----------------------------|---|--|
| Baden/ Duschen             | <input type="checkbox"/> selbstständig<br><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<br><input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung |
| Körper:                    | <input type="checkbox"/> selbstständig<br><input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung |
| Gesäß:                     | <input type="checkbox"/> selbstständig<br><input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung |
| Intimpflege:               | <input type="checkbox"/> selbstständig<br><input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung |
| Rasieren:                  | <input type="checkbox"/> selbstständig<br><input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung |
| Haare waschen/<br>kämmen:  | <input type="checkbox"/> selbstständig<br><input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung |
| Mundpflege/<br>Zahnersatz: | <input type="checkbox"/> selbstständig<br><input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung |
| An- und Auskleiden:        | <input type="checkbox"/> selbstständig<br><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 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<br><input type="checkbox"/> einfach, kommunikativ | <input type="checkbox"/> gut<br><input type="checkbox"/> sehr gut |                                     |
| Kochkenntnisse:             | <input type="checkbox"/> gut<br><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 <sup>2</sup>   | <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 wird eingerichtet |
| Bad/WC für die Betreuungskraft: | <input type="checkbox"/> separat         |   | <input type="checkbox"/> gemeinsame Nutzung         |

### 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