



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):	
Welches monatliche Budget steht für eine Betreuungskraft zur Verfügung?	

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.

Datenschutzeinwilligung

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"/> kann nicht sprechen						
Sehkraft:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> massive Probleme						
Brille:	<input type="checkbox"/> ja/ Lesebrille			<input type="checkbox"/> nein					
Hörvermögen:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> massive Probleme/ schwerhörig						
Nächtliche Hilfe erforderlich (pro Nacht)? Wie oft und wobei ist die Hilfe erforderlich?	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich			<input type="checkbox"/> erforderlich					
Transfer/Fortbewegung: Was genau muss die Betreuungskraft machen?	<input type="checkbox"/> selbstständig		<input type="checkbox"/> mit Unterstützung		<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig			<input type="checkbox"/> bettlägerig	
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Krücken/Stock	<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Patientenlift/Hebe-Gurt	<input type="checkbox"/> Notfallknopf	
Treppensteigen:	<input type="checkbox"/> selbstständig		<input type="checkbox"/> mit leichter Unterstützung		<input type="checkbox"/> nicht möglich			<input type="checkbox"/> mit sehr viel Unterstützung	
Orientierung (zeitl./örtl.):	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zeitweise orientierungslos			<input type="checkbox"/> massive Probleme				
Geistiger Zustand:	<input type="checkbox"/> klar		<input type="checkbox"/> ändert sich immer mal wieder		<input type="checkbox"/> verwirrt			<input type="checkbox"/> nicht ansprechbar	
Nahrungsaufnahme:	<input type="checkbox"/> selbstständig		<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig		<input type="checkbox"/> mit Unterstützung			<input type="checkbox"/> Schluckstörungen	
Toilettengang:	<input type="checkbox"/> selbstständig		<input type="checkbox"/> Teil-Inkontinenz		<input type="checkbox"/> mit Hilfe			<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"/> stark				
Gesundheitsmerkmale:	<input type="checkbox"/> MS Patient	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
Weitere Angaben (z.B.: Allergien, Diäten usw.)	_____								



Büro Mertens
Betreuungskräfte aus Osteuropa
24h gut betreut

Nr. (vom Büro Mertens auszufüllen)

Körperpflege

Baden/ Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> mit leichter Hilfe
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 leichter Unterstützung
Körper:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit leichter Unterstützung
Gesäß:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit leichter Unterstützung
Intimpflege:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit leichter Unterstützung
Rasieren:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit leichter Unterstützung
Haare waschen/ kämmen:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit leichter Unterstützung
Mundpflege/ Zahnersatz:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit leichter Unterstützung
An- und Auskleiden:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit leichter Unterstützung

Pflegedienst

Kommt ein Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird er weiterkommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufgaben des Dienstes?	<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 <input type="checkbox"/> einfach, kommunikativ <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut
Kochkenntnisse:	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend
Raucher:	<input type="checkbox"/> nein (nur im Freien) <input type="checkbox"/> irrelevant
Alter:	<input type="checkbox"/> von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> irrelevant
Führerschein:	<input type="checkbox"/> dringend erforderlich (Automatik/Manuell) <input type="checkbox"/> wird nicht benötigt

Falls ein Führerschein dringend erforderlich ist, sollte in der Regel ein Auto zur Verfügung gestellt werden. Bitte einkreisen welche Getriebeart das gestellte Auto hat.



Büro Mertens
Betreuungskräfte aus Osteuropa
24h gut betreut

Nr. (vom Büro Mertens auszufüllen)

Weitere Aufgaben, die eine Betreuungskraft übernehmen soll

Körperpflege der zu betreuenden Person:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich/ übernimmt der Pflegedienst/ eine andere Person
An- und Auskleiden der zu betreuenden Person:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich/ übernimmt der Pflegedienst/ eine andere Person
Einkaufen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, übernimmt: _____		
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"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> täglich
Kochen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> täglich
Wäsche waschen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> täglich
Bügeln:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> täglich
Windel/Pants wechseln:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> mehrmals täglich
Haustiere vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche Tiere und was ist zu tun?	_____		

Rahmenbedingungen:

Lage:	<input type="checkbox"/> Dorf	<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> Großstadt
Wohn-Art:	<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 übernimmt: _____
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	

Tagesablauf der zu betreuenden Person

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

Besuche von Verwandten/ Bekannten?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wenn ja, <u>wer</u> und <u>wie oft</u> ungefähr?
-------------------------------	---



Büro Mertens
Betreuungskräfte aus Osteuropa
24h gut betreut

Nr. (vom Büro Mertens auszufüllen)

Sonstiges

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

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