



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):	
Welchen monatlichen Preis sind Sie bereit zu zahlen (bitte <b>unbedingt</b> beantworten)?	

### Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

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

**Wichtige Informationen zum Datenschutz finden Sie auf folgenden Internetseiten:**  
[www.24h-gut-betreut.de](http://www.24h-gut-betreut.de) oder unter [dsgvo-gesetz.de](http://dsgvo-gesetz.de)

### Datenschutzeinwilligung

(Das Büro Mertens gibt keine Daten, ohne Ihrer Einwilligung, an Dritte weiter.  
Selbstverständlich können Sie die Datenschutzerklärung auch jederzeit widerrufen)

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_ (Vorname, Nachname), dass das Büro Mertens mich per E-Mail, Telefon oder Post über Angebote (Profilvorschläge) und alle weiteren geschäftlichen Anliegen, die notwendig sind um eine hohe Qualität der Servicedienstleistung zu gewährleisten, kontaktieren darf. Des Weiteren gestatte ich dem Büro Mertens die Speicherung und Weitergabe meiner Daten, die ich im Rahmen des gesamten Anfrageverfahrens und für die Suche nach einer Betreuungskraft, bereitgestellt habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Beauftragung zur Suche nach einer Betreuungskraft

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ohne diese beiden Unterschriften können wir leider nicht mit der Suche nach einer Betreuungskraft beginnen.



Büro Mertens

Betreuungskräfte aus Osteuropa

24h gut betreut

Nr. (vom Büro Mertens auszufüllen)

## Fragebogen

### Einsatzort und Angaben zur betreuungsbedürftigen Person:

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

### 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"/> starke Probleme	<input type="checkbox"/> blind			
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)? <b>Wie oft und wobei</b> ist die Hilfe erforderlich?	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich		<input type="checkbox"/> kann mal vorkommen			<input type="checkbox"/> erforderlich	
Transfer/Fortbewegung:  Was genau muss die Betreuungskraft machen?	<input type="checkbox"/> selbstständig (komplett ohne Hilfe der Betreuungskraft)			<input type="checkbox"/> mit Unterstützung ( <b>leichtes</b> Halten beim Aufstehen oder Gehen)			
	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig (muss aus Bett etc. gehoben/gezogen werden)			<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	<input type="checkbox"/>					
Treppensteigen:	<input type="checkbox"/> selbstständig			<input type="checkbox"/> nicht möglich			
	<input type="checkbox"/> mit leichter Unterstützung			<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"/> verwirrt			
	<input type="checkbox"/> ändert sich immer mal wieder			<input type="checkbox"/> nicht ansprechbar			
Nahrungsaufnahme:	<input type="checkbox"/> selbstständig			<input type="checkbox"/> mit Unterstützung			
	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig (füttern)			<input type="checkbox"/> Schluckstörungen			
Toilettengang:	<input type="checkbox"/> selbstständig			<input type="checkbox"/> mit Hilfe			
	<input type="checkbox"/> Teil-Inkontinenz			<input type="checkbox"/> Voll-Inkontinenz			
Windeln/ Pants/ Einlagen:	<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"/> 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 Angaben (z.B.: Allergien, Diäten usw.)	<input type="text"/>						

Nr. (vom Büro Mertens auszufüllen)

### Körperpflege

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

### Aufgaben die von der Betreuungskraft übernommen werden sollen

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 <input type="checkbox"/> nach Bedarf
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"/> Internet wird eingerichtet
	<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

(wann sind die ungefähren Essenszeiten und Gewohnheiten der zu betreuenden Person)

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

### Bekommt die zu betreuende Person Besuche von Verwandten/ Bekannten?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wenn ja, <b>wer und wie oft</b> ungefähr? Und muss der Besuch <b>mitversorgt</b> werden (kochen etc.)?



Büro Mertens  
Betreuungskräfte aus Osteuropa  
24h gut betreut

Nr. (vom Büro Mertens auszufüllen)

### Weitere Personen im Haushalt

Leben weitere Personen im Haushalt? Wenn ja, wie viele Personen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person/en
Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person?	<input type="checkbox"/> Ehepartner/ Lebensgefährte <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Mitbewohner/ Untermieter <input type="checkbox"/> sonstige	
Fallen für diese Person/en Arbeiten an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja: Was für Aufgaben soll die Betreuungskraft für diese Person/en erledigen?		
<input type="checkbox"/> mit einkaufen <input type="checkbox"/> mit kochen <input type="checkbox"/> Wäsche waschen <input type="checkbox"/> spazieren gehen		
Sonstiges: _____		

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

### Sonstiges

Gibt es eine Haushaltshilfe oder Reinigungskraft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird sie weiterhin kommen?	<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