



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)

### Körperpflege (was kann die zu betreuende Person noch alleine und bei was benötigt sie Hilfe)

Baden/ Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> leichte Hilfe	<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"/> leichte Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
Körper:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> leichte Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
Gesäß:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> leichte Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
Intimpflege:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> leichte Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
Rasieren:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> leichte Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
Haarpflege:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> leichte Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
Mundpflege:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> leichte Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
An- und Auskleiden:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> leichte Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
Sonstige Hilfe erforderlich?			

### 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 style="width: 100%;" 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	
Kommunikationsfähigkeiten:	<input type="checkbox"/> gering, kaum <input type="checkbox"/> einfach, kommunikativ	<input type="checkbox"/> gut, kommunikativ <input type="checkbox"/> Gute Kenntnisse	
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	<input type="checkbox"/> wäre von Vorteil	<input type="checkbox"/> wird nicht benötigt
Gestelltes Auto hat folgende Getriebeart:	<input type="checkbox"/> manuell Schaltung	<input type="checkbox"/> automatische Schaltung	

Falls ein Führerschein erforderlich ist, sollte in der Regel ein Auto zur Verfügung gestellt werden.



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"/> 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
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"/> 5-10 Min.	<input type="checkbox"/> 10-15 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 (wann steht sie auf, wann gibt es Essen usw.)

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</b> und <b>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 selben Haushalt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Anzahl der Personen:
Welchen Verwandtschaftsgrad haben diese Personen 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. Dazu zählen auch Arbeiten wie Hilfe beim Anziehen, Hilfe bei der Körperpflege usw.

### 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