



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 unbedingt 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 oder unter 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: cm	Gewicht kg	PLZ/ Ort:
<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"/> 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)? Wie oft und wobei 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"/> komplett hilfsbedürftig (muss aus Bett etc. gehoben/gezogen werden) <input type="checkbox"/> mit Unterstützung (leichtes Halten beim Aufstehen oder Gehen) <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"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nicht möglich
Orientierung (zeitl./örtl.):	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> zeitweise orientierungslos <input type="checkbox"/> kompl. orientierungslos
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.)	



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 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"/> einfach	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> wäre von Vorteil	<input type="checkbox"/> wird nicht benötigt
Gestelltes Auto hat folgende Getriebeart:	<input type="checkbox"/> manuelle 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, wer und wie oft ungefähr? Und muss der Besuch mitversorgt 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