



### Ermittlung der passenden Betreuungskraft

#### Personen im gemeinsamen Haushalt:

- Die Person lebt allein, eine weitere Person ist nicht im Haushalt
- Es handelt sich um zwei Personen die zu betreuen sind (Bitte beigelegten Analysebogen B verwenden)
- Die Person lebt mit einer zweiten, nicht betreuungsbedürftigen Person, in einem Haushalt

(A) Name

Vorname

#### Ihre persönlichen Erwartungen (Wünsche) an die Betreuungskraft:

- Einsatzbeginn:  Sofort
- Vorausgesehene Einsatzdauer:  Unbefristet
- Alter der Betreuungskraft:  Egal
- Geschlecht:  Weiblich  Männlich  Egal
- Führerschein mit Fahrpraxis:  Ja, wichtig  Egal
- Raucher:  Nein  Ja  Egal,(wenn draußen)

Sprachkenntnisse: (Pflegeherzen empfiehlt Note 2 - 3)

- Note 1, sehr gut  Note 2, gut  Note 3, befriedigend  Note 4, Grundwortschatz

Zwingende Voraussetzungen am Einsatzort, für eine Betreuungskraft:

- Stets freie Kost für Ihre Betreuungskraft  Frei verfügbares Einzelzimmer, möbliert
- Stets freie Logis für Ihre Betreuungskraft  Vertragskonforme Arbeitszeitregelungen

Kommunikationsmöglichkeiten für die Betreuungskraft (verpflichtend):

Besteht die Möglichkeit der Mitnutzung eines Festnetztelefons?  Ja  Nein

Telefonkosten müssen durch Kunden gedeckt werden. (Telefonbenutzung durch die Betreuungskraft muss angemessen sein. Empfohlen wird FlatRate nach Polen, z.B. CountryFlatRate der Telekom)

Besteht die Möglichkeit einer Internetnutzung?  Ja  Nein  Nur mit Surf-Stick

## A. Informationen über Ihren Gesundheitszustand I

### Krankheitsmerkmale:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> E01 Keine ansteckenden Krankheiten | <input type="checkbox"/> E07 Allergien (Bitte erläutern)  |
| <input type="checkbox"/> E02 MS-Patient                     | <input type="checkbox"/> E08 Depressionen   |
| <input type="checkbox"/> E03 Geistig behindert              | <input type="checkbox"/> E09 Osteoporose  |
| <input type="checkbox"/> E04 Dekubitus (Druckgeschwür)      | <input type="checkbox"/> E10 Asthma   |
| <input type="checkbox"/> E05 Probleme mit der Speiseröhre   | <input type="checkbox"/> E11 Chronischer Durchfall  |
| <input type="checkbox"/> E06 Bluthochdruck                  | <input type="checkbox"/> E12 Diabetes   |
| <input type="checkbox"/> E07 Demenz                         | <input type="checkbox"/> E13 Schlaganfall <input type="checkbox"/> E14 li <input type="checkbox"/> E15 re |
| <input type="checkbox"/> E08 Tumor (Bitte erläutern)        | <input type="checkbox"/> E16 Parkinson  |
| <input type="checkbox"/> E09 Alzheimer                      | <input type="checkbox"/> E17 Weiteres (bitte erläutern)   |

Erläuterung:

### Inkontinenz:

E18 Es besteht keine Inkontinenz

- Urin:  E19 Kontinent  E20 Teilweise inkontinent (z.B. nachts)  E21 Inkontinent  E22 Dauerkatheter
- Stuhl:  E23 Kontinent  E24 Teilweise inkontinent (z.B. nachts)  E25 Inkontinent  E26 Stoma

Erläuterung:

### Pflegegrad:

E27 Keiner  E28 Letzte Untersuchung durch den MDK:

Folgender Pflegegrad wurde erteilt / beantragt:  E29 I  E30 II  E31 III  E32 IV  E33 V

### Nachtruhe des zu Betreuenden:

- E34 Ungestört  E35 Gelegentlich gestört  E36 Regelmäßige nächtliche Betreuung erforderlich

Erläuterung:

### Rufbereitschaft in der Nacht (bitte Arbeitszeitregelung beachten!):

- E37 Nein  E38 Ja, bitte erläutern:

Erläuterung:

### Nehmen Sie Dienstleistungen von Pflegediensten in Anspruch?

- E39 Nein, bisher nicht  E40 Es gibt bereits Leistungen durch einen Pflegedienst, derzeit:

Erläuterung:

Wir raten dazu, eingesetzte Pflegedienste auch weiterhin in Anspruch zu nehmen!  
Medizinische Dienstleistungen werden von den Betreuungskräften nicht durchgeführt!

## A. Informationen über Ihren Gesundheitszustand II

### Allgemeine Beweglichkeit:

	Uneingeschränkt	Teilweise eingeschränkt	Eingeschränkt	Nicht möglich (bettlägerig)
Gehen	<input type="checkbox"/> C01	<input type="checkbox"/> C02	<input type="checkbox"/> C03	<input type="checkbox"/> C04
Stehen	<input type="checkbox"/> C05	<input type="checkbox"/> C06	<input type="checkbox"/> C07	<input type="checkbox"/> C08
Sitzen	<input type="checkbox"/> C09	<input type="checkbox"/> C10	<input type="checkbox"/> C11	<input type="checkbox"/> C12
Liegen	<input type="checkbox"/> C13	<input type="checkbox"/> C14	<input type="checkbox"/> C15	<input type="checkbox"/> C16
Erläuterung:	<input type="text"/> C17			

### Wie weit kann die Person mithelfen:

C18 Mit ganzem Körpereinsatz  
  C19 Nur bedingt möglich  
  C20 Kaum  
  C21 Altersbedingte Altersschwäche

Erläuterung:  C22

### Weitere Fragen zur Beweglichkeit:

	Selbstständig	Selbstständig mit Unterstützung	komplett hilflosbedürftig	Nicht notwendig
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> C23	<input type="checkbox"/> C24	<input type="checkbox"/> C25	<input type="checkbox"/> C26
Transfer	<input type="checkbox"/> C27	<input type="checkbox"/> C28	<input type="checkbox"/> C29	<input type="checkbox"/> C30
Transfer Bett	<input type="checkbox"/> C31	<input type="checkbox"/> C32	<input type="checkbox"/> C33	<input type="checkbox"/> C34
Aufstehen Stuhl/Bett	<input type="checkbox"/> C35	<input type="checkbox"/> C36	<input type="checkbox"/> C37	<input type="checkbox"/> C38
Erläuterung:	<input type="text"/> C39			

### Hilfsmittel:

C40 Gehhilfe  
  C41 Treppenlift  
  C42 Altersgerechtes Badezimmer  
 C43 Hebegurt  
  C44 Hebesitz  
  C45 Patientenlifter  
  C46 Toilettensstuhl  
  C47 Krankenbett  
  C48 Urinflasche  
 C49 Windeln  
  C50 Einlagen  
  C51 Hausnotruf  
  C52 Rollator / Rollstuhl  
  C53 Sonstige

Erläuterung:  C54

### Kommunikationsfähigkeit:

C55 Eingeschränkt bezüglich:  
  C56 Sehen  
  C57 Hören  
  C58 Sprechen  
  C59 Verstehen  
  C60 Vollständig erhalten

Erläuterung:  C61

### Orientierung:

C62 Eingeschränkt bezüglich  
  C63 Ort  
  C64 Zeit  
  C65 Person  
  C66 Vollständig erhalten  
  C67 Demenz

Erläuterung:  C68

### Beschreiben Sie bitte mit wenigen Worten den Charakter des zu Betreuenden:

Erläuterung:  C69

C70

## A. Angaben zum Haushalt und weiteren Dienstleistungen

### Angaben zum Leistungsnehmer und deren Angehörigen:

Lebt die Person alleine:  Ja  Nein

Angehörige:  Gemeinsamer Haushalt  Kommen zu Besuch

Hilfestellung durch Angehörige, wenn es notwendig wäre (freiwillig!):  Ja  Nein

Erläuterung:

### Hilfestellung bei:

Duschen / Baden

An- und Auskleiden

Nahrungsaufnahme

Vorlagenwechsel

Unterstützung für Pflegedienst

Sonstiges:

### Dienstleistungen:

Kochen für  Personen (mit Betreuungskraft)

Bügeln für  Personen

Wäsche waschen für  Personen

Alltägliches Aufräumen der Wohnung

Autofahren

Arztbesuche

Haustiere versorgen

Wenn ja, welche und wie viele?

Einkaufen:

### Haushalt:

Haus  Wohnung  qm

Im welchem Stockwerk wohnt die Person:  EG  OG

Ist ein Transfer zwischen den Stockwerken notwendig:  Ja  Nein

Befinden sich Treppen zwischen Wohnung und Verkehrsstraße:  Nein  Ja,

Entfernung zu der nächstgrößeren Stadt:

Entfernung zu Einkaufsmöglichkeiten in Minuten:  Zu Fuß  Taxi  Fahrrad

Garten vorhanden:  Ja  Nein

### Unterkunft der Betreuungskraft und deren Ausstattung:

Eigenes Bad  TV

Zimmer unmittelbar an Patientenschlafzimmer  Radio

Eigene Wohnung im Haus  Schreibtisch

Zimmer auf anderer Etage  Schrank

Eigener Eingang  Couch

Zugang zum Garten  Bett

Fenster

## Allgemeine Kundendaten

### Leistungsnehmer - eine oder zwei Personen (im gemeinsamen Haushalt lebend):

A. Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Gewicht	<input type="text"/>
		Größe	<input type="text"/>
B. Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Gewicht	<input type="text"/>
		Größe	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>
		Ort	<input type="text"/>
Tel / Fax	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
		E-Mail	<input type="text"/>

### Ansprechperson

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>
		Ort	<input type="text"/>
Tel / Fax	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
		E-Mail	<input type="text"/>

### Ambulanter Pflegedienst (Falls vorhanden):

Hausarzt:

### Wie sind Sie auf Pflegeherzen aufmerksam geworden:

### Wichtige Information:

- Ich wurde informiert, dass der Dienstleistungsvertrag zwischen mir und einem polnischen Dienstleistungsunternehmen geschlossen wird. Hierbei wird eine Betreuungskraft für gewünschte Dienstleistungen und zum gewünschten Einsatzort gemäß EU - Richtlinien entsendet. Der Dienstleistungsempfänger, hat kein Weisungsrecht / Direktionsrecht gegenüber der Betreuungskraft. Die wöchentliche regelmäßige Arbeitszeit der Betreuungskraft beträgt bis zu 40 Std. Pflegeherzen ist unabhängig davon ihr Ansprechpartner in allen Belangen.
- Ich wurde informiert, dass für Nachteinsätze der Betreuungskraft, ein Ausgleich in Form von zusätzlicher Vergütung und Freizeit einzurichten ist. Arbeitszeit- sowie Freizeitreglung entnehmen Sie bitte dem geschlossenen Dienstleistungsvertrag.
- Sie sind verpflichtet, die Betreuungskraft am Anreisetag, am jeweiligen Anreiseort abzuholen oder abholen zu lassen. Pflegeherzen bietet diesbezüglich einen Hol- und Bringservice an. Pro Fahrt ab 70 Euro. (Nur möglich im Saarland und grenznahen Gebieten in Rheinland Pfalz sowie Montag bis Freitag)
- Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Weiter versichere ich, dass ich die Voraussetzungen zur Kenntnis genommen habe und diese akzeptiere und erfülle.

Datum, Ort

Unterschrift

## B. Informationen über Ihren Gesundheitszustand I

(B) Name

Vorname

### Krankheitsmerkmale:

Keine ansteckenden Krankheiten

Allergien (Bitte erläutern)

MS-Patient

Depressionen

Geistig behindert

Osteoporose

Dekubitus (Druckgeschwür)

Asthma

Probleme mit der Speiseröhre

Chronischer Durchfall

Bluthochdruck

Diabetes

Demenz

Schlaganfall  li  re

Tumor (Bitte erläutern)

Parkinson

Alzheimer

Weiteres (bitte erläutern)

Erläuterung:

### Inkontinenz:

Es besteht keine Inkontinenz

Urin:  Kontinent  Teilweise inkontinent (z.B. nachts)

Inkontinent  Dauerkatheter

Stuhl:  Kontinent  Teilweise inkontinent (z.B. nachts)

Inkontinent  Stoma

Erläuterung:

### Pflegegrad:

Keine  Letzte Untersuchung durch den MDK:

Folgender Pflegegrad wurde erteilt / beantragt:

I  II  III  IV  V

### Nachtruhe des zu Betreuenden:

Ungestört

Gelegentlich gestört

Regelmäßige nächtliche Betreuung

Erläuterung:

### Rufbereitschaft in der Nacht (bitte Arbeitszeitregelung beachten!):

Nein

Ja, bitte erläutern:

Erläuterung:

### Nehmen Sie Dienstleistungen von Pflegediensten in Anspruch?

Nein, bisher nicht

Es gibt bereits Leistungen durch einen Pflegedienst, derzeit:

Erläuterung:

## B. Informationen über Ihren Gesundheitszustand II

### Allgemeine Beweglichkeit:

	Uneingeschränkt	Teilweise eingeschränkt	Eingeschränkt	Nicht möglich (bettlägerig)
Gehen	<input type="checkbox"/> G01	<input type="checkbox"/> G02	<input type="checkbox"/> G03	<input type="checkbox"/> G04
Stehen	<input type="checkbox"/> G05	<input type="checkbox"/> G06	<input type="checkbox"/> G07	<input type="checkbox"/> G08
Sitzen	<input type="checkbox"/> G09	<input type="checkbox"/> G10	<input type="checkbox"/> G11	<input type="checkbox"/> G12
Liegen	<input type="checkbox"/> G13	<input type="checkbox"/> G14	<input type="checkbox"/> G15	<input type="checkbox"/> G16
Erläuterung:	<input type="text"/> G17			

### Wie weit kann die Person mithelfen:

G18 Mit ganzem Körpereinsatz   
  G19 Nur bedingt möglich   
  G20 Kaum   
  G21 Altersbedingte Altersschwäche

Erläuterung:  G22

### Weitere Fragen zur Beweglichkeit:

	Selbstständig	Selbstständig mit Unterstützung	komplett hilfsbedürftig	Nicht notwendig
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> G23	<input type="checkbox"/> G24	<input type="checkbox"/> G25	<input type="checkbox"/> G26
Transfer	<input type="checkbox"/> G27	<input type="checkbox"/> G28	<input type="checkbox"/> G29	<input type="checkbox"/> G30
Transfer Bett	<input type="checkbox"/> G31	<input type="checkbox"/> G32	<input type="checkbox"/> G33	<input type="checkbox"/> G34
Aufstehen Stuhl/Bett	<input type="checkbox"/> G35	<input type="checkbox"/> G36	<input type="checkbox"/> G37	<input type="checkbox"/> G38
Erläuterung:	<input type="text"/> G39			

### Hilfsmittel:

G40 Gehhilfe     G41 Treppenlift     G42 Altersgerechtes Badezimmer  
 G43 Hebegurt     G44 Hebesitz     G45 Patientenlifter     G46 Toilettensstuhl     G47 Krankenbett     G48 Urinflasche  
 G49 Windeln     G50 Einlagen     G51 Hausnotruf     G52 Rollator / Rollstuhl     G53 Sonstige

Erläuterung:  G54

### Kommunikationsfähigkeit:

G55 Eingeschränkt bezüglich:     G56 Sehen     G57 Hören     G58 Sprechen     G59 Verstehen     G60 Vollständig erhalten

Erläuterung:  G61

### Orientierung:

G62 Eingeschränkt bezüglich     G63 Ort     G64 Zeit     G65 Person     G66 Vollständig erhalten     G67 Demenz

Erläuterung:  G68

### Beschreiben Sie bitte in wenigen Worten den Charakter des zu Betreuenden:

Erläuterung:  G69

G70