



## *Angaben zur Haushaltshilfe und Betreuung*

## **24-STUNDEN-BETREUUNG**

Niemand kann vorhersagen, wie sich die Pflege in der Zukunft entwickelt. Die „Sex & Drugs & Rock'n'Roll“-Generation klopft schon an die Tür. Die Pflegebranche sollte sich gedanklich schon mal auf stürmische Zeiten vorbereiten.

Wir stellen uns darauf ein, in enger Zusammenarbeit mit ausgesuchten Partnern, die sich auf die Vermittlung von osteuropäischen Betreuungskräften spezialisiert haben.



### **24 Stunden betreut**

Das Internetportal pflegeteam.net bietet zusätzliche Hilfe bei der Vermittlung einer 24-Stunden-Betreuung für pflegebedürftige Personen.

### **Die Legalität**

Die Dienstleistungsfreiheit gemäß dem Entsendegesetz sowie der Niederlassungsfreiheit vom 1. 4. 2004 öffnet neue Perspektiven. Die Möglichkeit der Beschäftigung osteuropäischer Betreuungspersonen innerhalb der EU ist möglich.

### **Pflegestufen-Beratung**

Immer wieder ergeben sich Probleme bei der Ermittlung der Pflegestufe. Eine Ablehnung ist nicht selten das Ergebnis.

Wir wollen versuchen, bei dem Prozess der Einstufung und Anerkennung zu helfen.  
Persönliche Beratungsgespräche mit Ihnen und Ihren Angehörigen erörtern Ihre Pflegebedürftigkeit.

### **Pflege für Kinder**

In den letzten Jahren wurde deutlich, dass Pflegebedürftigkeit nicht ausschließlich mit älteren Menschen zu tun hat, sondern sehr häufig auch Kinder mit einer Behinderung oder Krankheit geboren werden, die eine Pflegebedürftigkeit nach sich zieht.


Die Erfahrung zeigt, dass es gerade bei der Einstufung von Kindern nicht selten zu großen Schwierigkeiten kommt. Wir werden auf diesen Beratungsbedarf reagieren.

### **Stand der Dinge**

Die Internetseite pflegeteam.net ist einzigartig. Sie entwickelt sich im deutschsprachigen und osteuropäischen Raum mehr und mehr zur zentralen Plattform für Pflegebedürftige, für Pflegeeinrichtungen und für verschiedene soziale Einrichtungen.

### **Partner**

Unsere Partner sind auf dem europäischen Markt im Bereich der 24-Stunden-Betreuung tätig. Hier werden hochwertige Dienstleistungen sowohl für private Kunden als auch medizinische Einrichtungen angeboten.

Die  Beratungs- und Vermittlungsagentur für 24-Stunden-Betreuung setzt sich für eine menschenwürdige Pflege in allen Bereichen ein. Wir halten uns in Deutschland an die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, orientieren an den Empfehlungen der Stiftung Warentest und arbeiten nach dem Prinzip der Null-Fehler-Strategie.

### **Wo Undank der Lohn ist, gibt es wenigstens keine Abzüge**

Der Mindestlohn gilt in Deutschland auch für entsandtes Pflegepersonal aus Osteuropa. Wir kooperieren nicht mit profitorientierten Dienstleistungsanbietern die sich nicht an diese Regeln halten, sondern ausschließlich mit Partnern, die mit der Einführung des Mindestlohnes den Anforderungen einer legalen, bezahlbaren und guten Betreuung gerecht werden. Mit den Dienstleistern die diesen Anforderungen nicht gerecht werden setzen wir unseren Kooperationsstatus auf „getrennt“.

### **Wettbewerb**

Mit einer breiten Informationsbasis durch proteam-24.de bieten wir osteuropäischen Dienstleistern die Möglichkeit der Teamarbeit im EU-Land.



## Die Bedarfsanalyse

Der unvermeidbare Weg einer Bedarfsanalyse ist zweifellos der Fragebogen. Formulare sind nicht jedermanns Sache, deshalb haben Sie meine Unterstützung beim Beantworten der erforderlichen Fragen. So wird auch gewährleistet, dass die Angaben richtig und eindeutig sind.

Der Besuch für ein persönliches Gespräch ist selbstverständlich kostenlos und Vermittlungsgebühren fallen auch nicht an.

### Kontaktperson

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>
Straße Nr.	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Handy	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
eMail	<input type="text"/>
Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>

### Patient

Name	<input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	<input type="text"/>	
PLZ Ort	<input type="text"/>	
Straße Nr.	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	
Handy	<input type="text"/>	
Fax	<input type="text"/>	
eMail	<input type="text"/>	
Größe / Gewicht	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Hausarzt (optional)

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>
Straße Nr.	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Handy	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
eMail	<input type="text"/>

### Pflegedienst (optional)

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>
Straße Nr.	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Handy	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
eMail	<input type="text"/>

Pflegegrad       1       2       3       4       5

Beantragt am             2       3       4       5

Erfolgt zur Zeit eine Versorgung durch den Pflegedienst?       ja       nein

Soll der Pflegedienst weiter in Anspruch genommen werden?       ja       nein

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?     

Wie oft kommt der Pflegedient?



### **Bekannte Krankheitsbilder**

### **Diagnosen**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien  | <input type="checkbox"/> Altersbed. Gehschwäche     | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung          | <input type="checkbox"/> Asthma                      |
| <input type="checkbox"/> Bechterew (WS Versteifg.)  | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz          | <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle         | <input type="checkbox"/> COPD (Lungenerkrankung)     |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus (Wundliegen)   | <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Depressionen                  | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus           |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                   | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflichtig   |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen  | <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> Hypotonie (niedriger Blutdr.) | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz (schwäche) |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS)   | <input type="checkbox"/> Osteoporose (Knochenerkr)  | <input type="checkbox"/> Parkinson                     | <input type="checkbox"/> Rheuma (Gelenkschmerz)      |
| <input type="checkbox"/> Stoma  | <input type="checkbox"/> Tumor                      | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankung        | <input type="checkbox"/> Inkontinenz                 |

Sonstige

### **Wichtige Fragen**

- |   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | Bettlägerig?  |
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | Muss die Person gelagert werden?  |
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | Muss die Person im Bett gewaschen werden?   |
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | Hilfe beim Transfer (z. B. Bett / Rollstuhl, ...)                                   |
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | Hilft die Person beim Transfer aktiv mit?   |
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | Schlafstörungen?  |
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | Ansteckende Krankheiten?  |
| <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>  |                               |   |
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | Leiden andere im Haushalt lebende Personen an ansteckenden Krankheiten?             |
| <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>  |                               |   |
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | Muss im Haushalt eine weitere Person betreut werden (evtl. gesonderten Fragebogen)? |
| Verwandtschaftsgrad o. ä. <div style="border: 1px solid black; width: 500px; height: 20px; display: inline-block;"></div>     |                               |   |
| Betreuungsgrund der 2. Person <div style="border: 1px solid black; width: 500px; height: 20px; display: inline-block;"></div> |                               |   |
| Besonderheiten der 2. Person <div style="border: 1px solid black; width: 500px; height: 20px; display: inline-block;"></div>  |                               |   |

### **Therapien**

- Ergotherapie
- Podologie
- Psychotherapie
- Logopädie
- Physiotherapie
- Krankengymnastik

Bemerkungen (Hobbys, Interessen, Wesenszüge):



## Betreuungsversorgung

### Orientierungsprobleme

- zeitlich  ja  zeitweise  nein  
örtlich  ja  zeitweise  nein  
Zur Person  ja  zeitweise  nein  
Zur Situation  ja  zeitweise  nein  
Geistiger Zustand  klar  apathisch

### Stimmung

- normal  ja  zeitweise  nein  
depressiv  ja  zeitweise  nein  
aggressiv  ja  zeitweise  nein  
wahnhaft  ja  zeitweise  nein  
 teilnahmslos  leicht dement  dement

Bemerkungen

### Kommunikationsprobleme

- Hörvermögen  keine  geringe  starke  
Sehkraft  keine  geringe  starke  
Sprache  keine  geringe  starke

### Hilfsmittel

- ja  nein  
 ja  nein

Welche?

### Bewegung

- selbstständig  Bettlägerig (mithelfend)  Im Rollstuhl (mithelfend)  
 Mit Unterstützung  Bettlägerig (gelähmt)  Im Rollstuhl (gelähmt)  
Gehen / Laufen  selbstständig  Mit Unterstützung  Vollständig Hilfebedürftig  
Stehen  selbstständig  Mit Unterstützung  Vollständig Hilfebedürftig

Besonderheiten

Hilfsmittel

- Rollator  Toilettenstuhl  Rollstuhl  
 Stock  Treppenlift  Wannenlift  
 Pflegebett  Bettlifter  Dekubitusmatratze

Sonstige Hilfsmittel

- Treppensteigen  selbstständig  Mit Unterstützung  Nicht möglich  
Transfer Bett / Rollstuhl  selbstständig  Mit Unterstützung  Nicht möglich  
An- / Auskleiden  selbstständig  Mit Unterstützung  Volle Übernahme  
Essen  selbstständig  Mit Unterstützung  Vollständig Hilfebedürftig  
Trinken  selbstständig  Mit Unterstützung  Vollständig Hilfebedürftig  
Kauen / Schlucken  selbstständig  Mit Unterstützung  Vollständig Hilfebedürftig  
Kau- und Schluckstörungen  PEG Sonde  Nahrungskarenz  Trinkkarenz

Sonstiges

- Ernährungszustand: Normal  Normalkost  Trinkmenge: Normal  
Ernährungszustand: Kachexie (krankhafte starke Abmagerung)  Vollwertkost  Trinkmenge: Wenig  
Ernährungszustand: Adipositas (Fettleibigkeit)  Vegetarisch  Trinkmenge: Viel  
Ernährungszustand: exsikkativ (austrocknend)  Sonderkost  Diabeteskost

Diät

Lieblichspeisen / -getränke



### Schlafsituation

Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> Schlaf-/Wachrhythmus gest.
Schlaf- / Wachrhythmus	<input type="text"/>		
Wie oft steht Patient nachts auf	<input type="checkbox"/> einmal	<input type="checkbox"/> 2-3 mal	<input type="checkbox"/> Mehr als 3 mal
Wird dabei Hilfe benötigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bekommt Patient Schlafmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bemerkung	<input type="text"/>		

### Körperpflege

Gesicht	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Vollständig Hilfebedürftig
Mund- / Zahnpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Vollständig Hilfebedürftig
Oberkörper	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Vollständig Hilfebedürftig
Gesäß / Beine	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Vollständig Hilfebedürftig
Intimpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Vollständig Hilfebedürftig
Haare waschen, kämmen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Vollständig Hilfebedürftig
Rasieren	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Vollständig Hilfebedürftig
Handpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Vollständig Hilfebedürftig
Fußpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Vollständig Hilfebedürftig
Hautpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Vollständig Hilfebedürftig
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Vollständig Hilfebedürftig

### Ausscheidungen

Urin	<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> Teilw. Inkontinent (Nachts)	<input type="checkbox"/> kontinent
sonstiges	<input type="text"/>		
Stuhl	<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> Teilweise Inkontinent	<input type="checkbox"/> kontinent
sonstiges	<input type="text"/>		
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Urinflasche
	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter	

### Personalanforderungen

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> irrelevant	
Alter	<input type="checkbox"/> 20-35 Jahre	<input type="checkbox"/> 35-50 Jahre	<input type="checkbox"/> Älter 50 Jahre	<input type="checkbox"/> irrelevant
Führerschein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Fahrpraxis	<input type="checkbox"/> Automaticwagen
Nichtraucher	<input type="checkbox"/> wichtig	<input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> Nur draußen	
Sonstige Anforderungen	<input type="text"/>			



### Haushaltsversorgung

Wohnungsreinigung	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu (bei Bedarf)	<input type="checkbox"/> nein
Einkäufe	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu (bei Bedarf)	<input type="checkbox"/> nein
Kochen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu (bei Bedarf)	<input type="checkbox"/> nein
Waschen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu (bei Bedarf)	<input type="checkbox"/> nein
Bügeln	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu (bei Bedarf)	<input type="checkbox"/> nein
Reinigung des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu (bei Bedarf)	<input type="checkbox"/> nein
Arztbesuche	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu (bei Bedarf)	<input type="checkbox"/> nein
Ausflüge	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu (bei Bedarf)	<input type="checkbox"/> nein
Spaziergänge	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu (bei Bedarf)	<input type="checkbox"/> nein
Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu (bei Bedarf)	<input type="checkbox"/> nein
Zimmerpflanzen Versorgung	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu (bei Bedarf)	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges (z. B. Haustiere)	<input type="text"/>		

### Rahmenbedingungen

Lage	<input type="checkbox"/> Großstadt	<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> Dorf	<input type="checkbox"/> ländlich	
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Villa	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhs.	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> mit Lift/Fahrstuhl
	<input type="checkbox"/> 2-Fam.-Haus	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftliches Anwesen	<input type="checkbox"/> Bauernhof	<input type="checkbox"/> Hochhaus	
Zimmerausstattung	<input type="checkbox"/> Eig. Wohneinheit	<input type="checkbox"/> Eigenes Zimmer	<input type="checkbox"/> Eig. Wohnung	<input type="checkbox"/> Internetzugang	<input type="checkbox"/> Eigenes Bad
	<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Tisch	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Schrank
	<input type="checkbox"/> Telefon-Flatrate	<input type="checkbox"/> Internet-Stick	<input type="checkbox"/> Laptop	<input type="checkbox"/> Tablet	<input type="checkbox"/> Computer
Sonst. Ausstattung	<input type="text"/>				
Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß	<input type="checkbox"/> ca. 10 Minuten	<input type="checkbox"/> ca. 20 Minuten	<input type="checkbox"/> ca. 40 Minuten	<input type="checkbox"/> länger	
sonstige	<input type="text"/>				
Haustiere	<input type="text"/>				
Sollen Haustiere mitversorgt werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nach Bedarf	<input type="checkbox"/> nein		
Besuch von Angehörigen					
Wohnen Angehörige im selben Haus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>		
in der Nähe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> weit entfernt	<input type="text"/>		
Wie oft zu Besuch	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> sporadisch	<input type="text"/>		

### Voraussichtlicher Entsendebeginn

Datum der gewünschten Betreuer-Anreise	<input type="text"/>			
gewünschte Dauer der Entsendung	<input type="checkbox"/> 1 Monat	<input type="checkbox"/> bis 3 Monate	<input type="checkbox"/> ab 3 Monate	<input type="checkbox"/> nach Absprache



### Wie sind Sie auf unsere Agentur aufmerksam geworden?

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Referat für älter werden | <input type="checkbox"/> Demenzstelle            | <input type="checkbox"/> Sozialstation   | <input type="checkbox"/> Arztpraxis       |
| <input type="checkbox"/> Freunde, Bekannte        | <input type="checkbox"/> Internet                | <input type="checkbox"/> Presse          | <input type="checkbox"/> Anzeige, Annonce |
| <input type="checkbox"/> Referenzen               | <input type="checkbox"/> Ambulanten Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Sozialer Dienst | <input type="checkbox"/> Messebesuch      |

Arztpraxis

Krankenhaus

Reha-Klinik

Nicht genanntes

### Fragen und Anregungen

### Datenschutzbestimmung

An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass wir uns zum Schutz Ihrer persönlichen Daten im Rahmen unserer Vermittlungstätigkeit an die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen halten. Ihre Angaben nutzen wir nur für Zwecke, zu denen Sie uns berechtigt haben.

Dieses Schreiben wurde online erstellt und ist daher ohne Unterschrift gültig. This letter is done online and is valid without signature.

---

Ort, Datum

---

Patient / Bevollmächtigter / Angehöriger  
(optional)

### Agenturhinweis an Kooperationspartner: