

KUNDENFRAGEBOGEN

Persönliche Daten der betreuten Person:

Persönliche Daten der Kontaktperson/en:

Vorname:	Vorname:
Nachname:	Nachname:
Straße, Nr.:	Straße, Nr.:
Postleitzahl, Ort:	Postleitzahl, Ort:
Telefon:	Telefon:
Mobil:	Mobil:
Mail:	Mail:
Andere:	Ihr Verhältnis zur betreuten Person(en):
	Ansprechpartner: <input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein
	Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nein

Wünsche an die Betreuungskraft

1. **Gewünschter Betreuungsbeginn:** _____
2. **Geschlecht:** weiblich männlich nicht wichtig
3. **Altersgruppe:** 30-40 Jahre 40-50 Jahre 50-60 Jahre nicht wichtig
4. **Sprachkenntnisse:**
 - einfach (A1, einfaches Verstehen, Kommunikation mit einfachen Worten)
 - Basis (A2, ausreichendes Verstehen, Kommunikation mit einfachen Sätzen)
 - gut (B1, gutes Verstehen, Unterhaltung ist möglich)
 - sehr gut (B2, ungezwungene, flüssige Unterhaltung) *
5. **Erfahrung:** ja nein nicht wichtig
6. **Unterstützungsbedarf:**
 - wenig – betreute Person ist die meiste Zeit selbstständig
 - mittel – betreute Person ist manchmal abhängig
 - stark – betreute Person braucht immer Unterstützung
7. **Führerschein:** ja nein nicht wichtig
8. **kräftige Person:** ja nein nicht wichtig
9. **Tierliebhaber:** ja nein nicht wichtig
10. **Raucher:** ja nein draußen erlaubt
11. **Weitere Präferenzen:**

Die pflegebedürftige Person ist:

1. **Wohnstatus:** allein Wohngemeinschaft (___) zusammenlebend:
 Lebt mit (Ehe-)Partner, der NICHT hilfsbedürftig ist. Haushaltsführung zusätzlich erwünscht
 Lebt mit (Ehe-)Partner, der ebenfalls HILFSBEDÜRFTIG ist (Person 2)
2. **Familienstand** verheiratet geschieden ledig
3. **Geschlecht:** männlich weiblich
4. **Beschreibung der betreuten Person:**

Bitte tragen Sie in der folgenden Tabelle die Details zu der/ den pflegebedürftige(n) Person(en) ein, damit wir uns ein umfassendes Bild von der Pflegesituation machen können. Wir fragen auch die Situation einer evtl. zweiten zu betreuenden Person ab. Ist dieses nicht der Fall, lassen Sie die Spalte „zu betreuende Person 2“ bitte leer.

	zu betreuende Person 1	zu betreuende Person 2
	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Geburtsdatum, alter:		
Größe/ Gewicht:	_____cm _____kg	_____cm _____kg
Pflegegrad jetzt:	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
Welche beantragt:	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
ansteckende Krankheit:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____
Erkrankungen/ Einschränkungen:	<input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche <input type="checkbox"/> Lähmung, <input type="checkbox"/> halbseitig, <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> multiple Sklerose <input type="checkbox"/> beginnende Demenz <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Medium <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Allergie: <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche <input type="checkbox"/> Lähmung, <input type="checkbox"/> halbseitig, <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> multiple Sklerose <input type="checkbox"/> beginnende Demenz <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Medium <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Allergie: <input type="checkbox"/> Andere: _____

Probleme in Alltagssituationen		
Sprache:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßige <input type="checkbox"/> massive Probleme	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßige <input type="checkbox"/> massive Probleme
Hörvermögen:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßige <input type="checkbox"/> massive Probleme	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßige <input type="checkbox"/> massive Probleme
Sehkraft:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßige <input type="checkbox"/> massive Probleme	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßige <input type="checkbox"/> massive Probleme
Verständnis:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßige <input type="checkbox"/> massive Probleme	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> mäßige <input type="checkbox"/> massive Probleme
Hilfsmittel:	Hörgerät: <input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein Brille: <input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	Hörgerät: <input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein Brille: <input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
Orientierung:		
Zeitlich:	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> zeitweise, <input type="checkbox"/> massive Probleme	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> zeitweise, <input type="checkbox"/> massive Probleme
Örtlich:	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> zeitweise, <input type="checkbox"/> massive Probleme	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> zeitweise, <input type="checkbox"/> massive Probleme
Persönlich:	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> zeitweise, <input type="checkbox"/> massive Probleme	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> zeitweise, <input type="checkbox"/> massive Probleme
Mobilität/ Laufen / Bewegung	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung/ mit Rollator <input type="checkbox"/> mit Rollstuhl <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung/ mit Rollator <input type="checkbox"/> mit Rollstuhl <input type="checkbox"/> nicht möglich
Treppensteigen:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nicht möglich
Anheben vom Bett, Rollstuhl, Toilette etc.	<input type="checkbox"/> steht selbständig auf <input type="checkbox"/> leichte Hilfe, hilft aktiv mit <input type="checkbox"/> braucht Hilfe, kann sich nicht abstützen	<input type="checkbox"/> steht selbständig auf <input type="checkbox"/> leichte Hilfe, hilft aktiv mit <input type="checkbox"/> braucht Hilfe, kann sich nicht abstützen
Hilfebedarf nachts * <i>Intensive Nachtpflege verursacht ggf. Extrakosten</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wie oft? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wie oft? _____
Bekommt Schlafmittel:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Toilette/ Ausscheidungen:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Hilfebedarf (vor u. nach Toilettengang) <input type="checkbox"/> Urin Inkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhl Inkontinenz <input type="checkbox"/> Einlagen/ Windeln/ Höschen <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Hilfebedarf (vor u. nach Toilettengang) <input type="checkbox"/> Urin Inkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhl Inkontinenz <input type="checkbox"/> Einlagen /Windeln/ Höschen <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> Stoma
Baden / Duschen:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Pflegebett, <input type="checkbox"/> Lift, <input type="checkbox"/> Rollstuhl, <input type="checkbox"/> Rollator, <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze <input type="checkbox"/> Rampe, <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl, <input type="checkbox"/> Badewannenlift, <input type="checkbox"/> andere: _____	

7. Aktivitäten:

Haushalthilfe Aktivitäten gewünscht:			
<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Putzen	<input type="checkbox"/> Bügeln	<input type="checkbox"/> Kochen/ helfen
<input type="checkbox"/> Einkaufen	<input type="checkbox"/> Begleitung	<input type="checkbox"/> Zimmerpflanzenpflege	<input type="checkbox"/> Tierpflege

Unterstützung beim Tagesablauf:	Person 1	Person 2
Hilfe beim Essen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hilfe beim Aus-/Ankleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hilfe beim Toilettengang	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Helfen mit Grundpflege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hilfe bei allg. Tagesordnung und Zeitmanagement	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Freizeitaktivitäten/ Soziale Aktivitäten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8. Tagesstruktur

Morgens: _____

Mittags: _____

Nachmittags: _____

Abends: _____

9. Persönlichkeit:

Wie ist die zu betreuende Person von Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung)

Interessen/ Vorlieben / Hobby (mag / hasst), wenn überhaupt, insbesondere:

Essen-Vorlieben:

Verdauungsstörungen (Unverträglichkeit): Ja/ Nein

Wohnsituation:

Gebäudetyp: Haus Wohnung

Situation: Erdgeschoss im Obergeschoss Hochparterre

Stadt Art: Stadt Kleinstadt Dorf auf dem Land

Anzahl der Menschen, die im gleichen Haushalt leben: _____

5 |

Nächste große Stadt: _____ Entfernung zur nächsten großen Stadt: _____ km

Einkaufsmöglichkeiten vor Ort: ja nein

_____ min. zu Fuß Fahrrad/ Auto steht zur Verfügung

gute Busanbindung Großeinkauf erledigt Familie

Angaben zur Unterkunft der Betreuungskraft

Größe _____ qm / Stockwerk _____

möbliertes Zimmer separate Wohnung Bad separat Bad gemeinsam

Kommunikationsmöglichkeit: Internet vorhanden Internet kann installiert werden

Ambulante Pflegedienst: ja nein **Häufigkeit:** _____ wöchentlich

Hat die zu betreuende Person bereits ähnliche Dienste genutzt?

Ambulanter Dienst Haushalthilfe Tagespflege 24 Std. Betreuung andere: _____

10. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von Frau/Herr _____

Krankenhaus, Pflegedienst, Arzt, Sozialdienst, Internet, Flyer/Broschüre

Vielen Dank für Ihre Informationen. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben, außer für die Erbringung der Dienstleistung. Dieses gilt ebenfalls für personenbezogenen Daten der Mitarbeiter. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass alle Daten richtig und vollständig sind. Das Ausfüllen des Formulars ist wichtig, um die Qualität der Dienstleistungen und die Sicherheit der beteiligten Personen zu gewährleisten

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

6 |

Vermittlungsauftrag

Ich/ wir Frau/Herr: _____

 Adresse: _____

- weiter Auftraggeber genannt -

beauftragte/n die Pflegescouts, Franz & Kalbitz UG (hb), Gasstr. 10 – 18, 42657 Solingen

- weiter Firma genannt -

1. mit der Vermittlung einer Gelegenheit zum Abschluss eines Dienstleistungsvertrages mit einer osteuropäischen Dienstleistungsfirma. Der Gegenstand des möglichen Vertrags beinhaltet Betreuungsleistungen sowie haushaltsnahe Dienstleistungen durch eine Betreuungskraft im Haushalt des Auftraggebers bzw. der zu betreuenden Person(en).
2. Pflegescouts stellt mindestens zwei geeignete Betreuer/innen vor. In seltenen Einzelfällen kann es jedoch vorkommen, dass nur ein oder sogar kein geeigneter Vorschlag unterbreitet werden kann. Der Auftraggeber zahlt keine Vermittlungsgebühr an die Firma.
3. Der Auftraggeber versichert mit seiner Unterschrift, dass die im Fragebogen gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen ggf. zu Mehrkosten oder kann eine Vertragskündigung begründen. Pflegescouts ist ausschließlich als Vermittler tätig und übernimmt zu keinem Zeitpunkt eine Haftung aus dem Dienstleistungsvertrag, welcher zwischen dem Kunden und dem osteuropäischen Dienstleistungsunternehmen besteht. Auch Haftungsansprüche, die unter Umständen gegenüber dem/der Betreuer/in besteht, sind nicht auf die Pflegescouts übertragbar.
4. Die Firma weist darauf hin, dass im Rahmen des Dienstleistungsvertrages zwischen dem Auftraggeber oder zu betreuenden Person und dem osteuropäischen Dienstleistungsunternehmen die Regelungen des Mindestlohngesetzes sowie des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes zu beachten sind. Die Haftung hierzu erfolgt ausschließlich aufgrund der Regelungen im Dienstleistungsvertrag und den entsprechenden deutschen Gesetzen. Leistungsstörungen aus dem vermittelten Dienstleistungsvertrag, eventuelle Zeitverzögerungen oder durch die Betreuungskraft verursachte Schäden sind vom Vermittler nicht zu vertreten.
5. Diese Bedarfsanalyse wird Bestandteil des späteren geschlossenen Dienstleistungsvertrages.
6. Die Vermittlung erfolgt auf Basis der beigelegten AGB der Firma. Die AGB wurden ausgehändigt und von mir/uns gelesen, verstanden und akzeptiert.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Preise

<p>Anfänger Pflegeerfahrene Betreuungskraft Sprachanfänger (A1) Preis: € 2.190,- bis € 2.390,-</p>
<p>Kann vertraute, alltägliche Ausdrücke und ganz einfache Sätze verstehen und verwenden, die auf die Befriedigung konkreter Bedürfnisse zielen. Kann sich und andere vorstellen und anderen Leuten Fragen zu ihrer Person stellen – z. B. wo sie wohnen, was für Leute sie kennen oder was für Dinge sie haben – und kann auf Fragen dieser Art Antwort geben. Kann sich auf einfache Art verständigen, wenn die Gesprächspartnerinnen oder Gesprächspartner langsam und deutlich sprechen und bereit sind zu helfen.</p>
<p>100,- EUR Zuschlag 2-Personen-Haushalt (aktiv) 200,- EUR Zuschlag 2-Personen-Haushalt (Betreuung)</p>

<p>Basis Pflegeerfahrene Betreuungskraft Grundlegende Sprachkenntnisse (A2) Preis: € 2.290,- bis € 2.490,-</p>
<p>Kann Sätze und häufig gebrauchte Ausdrücke verstehen, die mit Bereichen von ganz unmittelbarer Bedeutung zusammenhängen (z. B. Informationen zur Person und zur Familie, Einkaufen, Arbeit, nähere Umgebung). Kann sich in einfachen, routinemäßigen Situationen verständigen, in denen es um einen einfachen und direkten Austausch von Informationen über vertraute und geläufige Dinge geht. Kann mit einfachen Mitteln die eigene Herkunft und Ausbildung, die direkte Umgebung und Dinge im Zusammenhang mit unmittelbaren Bedürfnissen beschreiben.</p>
<p>100,- EUR Zuschlag 2-Personen-Haushalt (aktiv) 200,- EUR Zuschlag 2-Personen-Haushalt (Betreuung)</p>

<p>Fortgeschritten Pflegeerfahrene Betreuungskraft Fortgeschrittene Sprachkenntnisse (B1) Preis: € 2.490,- bis € 2.790,-</p>
<p>Kann die Hauptpunkte verstehen, wenn klare Standardsprache verwendet wird und wenn es um vertraute Dinge aus Arbeit, Schule, Freizeit usw. geht. Kann die meisten Situationen bewältigen, denen man auf Reisen im Sprachgebiet begegnet. Kann sich einfach und zusammenhängend über vertraute Themen und persönliche Interessengebiete äußern. Kann über Erfahrungen und Ereignisse berichten, Träume, Hoffnungen und Ziele beschreiben und zu Plänen und Ansichten kurze Begründungen oder Erklärungen geben.</p>
<p>100,- EUR Zuschlag 2-Personen-Haushalt (aktiv) 200,- EUR Zuschlag 2-Personen-Haushalt (Betreuung)</p>

<p>Profi Pflegeerfahrene Betreuungskraft Selbstständige Sprachverwendung (B2) Preis: € 2.590,- bis € 2.890,-</p>
<p>Kann die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen; versteht im eigenen Spezialgebiet auch Fachdiskussionen. Kann sich so spontan und fließend verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist. Kann sich zu einem breiten Themenspektrum klar und detailliert ausdrücken, einen Standpunkt zu einer aktuellen Frage erläutern und die Vor- und Nachteile verschiedener Möglichkeiten angeben.</p>
<p>100,- EUR Zuschlag 2-Personen-Haushalt (aktiv) 200,- EUR Zuschlag 2-Personen-Haushalt (Betreuung)</p>

Je nach Land und Agentur werden die Preise individuell übermittelt. Sie beruhen auf den Qualifikationen sowie den Sprachkenntnissen der Betreuungskraft und beinhalten teilweise schon die Reisekosten. Diese Flexibilität ist besonders wichtig, damit die Agentur die für Sie beste Personallösung suchen kann und nicht durch vorher vereinbarte Festpreise auf dem Vorschlag verzichtet. Bei den Preisen handelt es sich um Erfahrungswerte, Abweichungen sind möglich.