



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: 100%; height: 20px;"></div> | | |
| Betreuungsgrund der 2. Person <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> | | |
| Besonderheiten der 2. Person <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></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 Wannenslifter
 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: