



## Information - 24betreuung.eu

### Client

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
N° fax \_\_\_\_\_ Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Je vous charge par la présente d'engager une aide soignante : oui

Une personne  couple

### Données de la personne à soigner

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
N° fax \_\_\_\_\_ Adresse e-mail \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_  
Taille (cm) \_\_\_\_\_ Poids (kg) \_\_\_\_\_  
Degré de filiation par rapport à la personne exigeant l'assistance \_\_\_\_\_

### Données de la deuxième personne à soigner (au cas où il y a deux personnes à soigner) :

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
N° fax \_\_\_\_\_ Adresse e-mail \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_  
Taille (cm) \_\_\_\_\_ Poids (kg) \_\_\_\_\_  
Degré de filiation par rapport à la personne exigeant l'assistance \_\_\_\_\_

## Information - 24betreuung.eu

### Données de la personne à soigner :

<b>DEGRÉ DE MOTRICITÉ</b>	en toute autonomie		en déambulateur à l'extérieur	
	avec une aide		se lève sans aide	
	en fauteuil roulant à l'intérieur		se lève avec aide	
	en fauteuil roulant à l'extérieur		totallement dépendant de l'aide des autres	
	en déambulateur à l'intérieur		en position gardant le lit	

Si la personne garde le lit:

1. elle doit être soulevée
2. elle aide à se faire soulever
3. elle est complètement dépendante des tiers

<b>TRANSFER DE /AU LIT</b>	sans aide	
	avec aide	
	complètement dépendant des tiers	

<b>ÉTAT PSYCHIQUE</b>	clair		approprié à l'âge	
	apathique		dépression	légère
				forte
perdu		oublieux		

<b>USAGE DE WC</b>	en toute autonomie		urination partiellement contrôlée	
	avec aide		urination incontrôlée (pampers)	

## Information - 24betreuung.eu

<b>INGESTION</b>	sans aide		difficulté à avaler	
	avec aide		Sonde PEG	
	dependent des tiers		déficit potable	

<b>MALADIES</b>	Alzheimer		diabète	
	démence		hypertension	
	infarctus		tumeur	
	difficulté d'ouïe		les maladies cardiovasculaires	
	escarres		cathéter	
	Parkinson		paralyse	
	stomie		ostéoporose	

**D'autres maladies :** .....

.....

<b>Travail de nuit régulier</b>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
---------------------------------	------------------------------	------------------------------

Si oui, à quoi consiste-t-il? .....

.....

**Heures de travail réelles estimées par jour:** \_\_\_\_\_

**Présence d'autres aides-soignants ou infirmiers externes:**

- Il n'y pas d'autre aides externes
- Services régulier  Si oui, combien de fois? .....

## Information - 24betreuung.eu

Décrivez, si'il vous plaît le déroulement d'une journée:

<b>Matins:</b>	<b>Après-midi:</b>
<b>Avant-midi:</b>	<b>Soirs:</b>
<b>Midi:</b>	<b>Nuits:</b>
<b>Ici vous pouvez écrire d'autres informations et préoccupations:</b>	

Activités préférées, hobby du demandeur d'aide: .....

.....

.....

## Information - 24betreuung.eu

### Environnement:

Type de logement: appartement  maison individuelle  veuillez préciser combien de mètres carrés :.....

Emplacement: Grande ville-centre  Grande ville-extérieur  Ville  village  campagne

Moyen de transport public, à pied : \_\_\_\_\_ (en minutes)

Possibilités de faire les courses, à pied : \_\_\_\_\_ (en minutes)

Jardin disponible: oui  non

Animaux domestiques : oui  non

Espèce: \_\_\_\_\_

Nombres de personnes au foyer: \_\_\_\_\_

### Information sur travail

Les activités suivantes sont nécessaires (la description exacte souhaitée) :

- préparation des repas
- lessive
- repassage
- provisions
- nettoyage de base de la maison/appartement
- affouragement des animaux  /promenades avec les animaux
- conduite de la voiture / accompagnement chez le médecin
- organisation de temps libre
- accompagnement au voyage

Travaux supplémentaires sur demande (payés à part): jardinage, petits travaux de bricolage à la maison/appartement, nettoyage de vitres-nombre de vitres à la maison/appartement: \_\_\_\_\_

### Exigences aide-soignante

La durée du traitement: à long terme  d'une fois  n'est pas bien déterminé

A partir de quand compteriez-vous sur une aide de notre part ? \_\_\_\_\_

Sexe : femme  homme  époux





## Information - 24betreuung.eu

Je prends en charge les frais de voyage (aller-retour) du montant de : \_\_\_\_\_

Indiquez les gares possibles dans localités où une assistante sera récupérée :

\_\_\_\_\_

Qui viendra-t-il chercher une assistante (nom et n° de téléphone) à la gare?

\_\_\_\_\_

**En cas d'urgence de l'aide-soignante ou de la personne à soigner, quel contact téléphonique (jour et nuit) pourrait être utilisé? (tél. portable ou fixe): \_\_\_\_\_**

### Comment avez-vous trouvé notre établissement?

Internet  journal  gens de connaissance, voisins, amis

Place, date

Signature

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **CONSENTEMENT**

*Je/nous soussigné/s exprime/exprimons mon/notre consentement au traitement des données à caractère personnel que j'ai/ nous avons fournies, par Personal-Service-Ost-West Sp. z o.o. sis à Bydgoszcz, 2 rue Śniadeckich 5a, 85-011 Bydgoszcz, POLOGNE, dans le but de me/nous contacter par écrit, par e-mail ou par téléphone à des fins de marketing direct, notamment en mettant ces données à la disposition des entités coopérant avec l'administrateur des données personnelles ou associées à celui-ci. Le traitement des données est effectué sur la base de l'art. 6 al. 1 lit. f) du Règlement du Parlement Européen et du Conseil de l'UE 2016/679 du 27 avril 2016 (dénommé RGPD). Veuillez noter que la communication des données est volontaire, que vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification de portabilité et d'effacement de vos données. Veuillez noter que vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en envoyant un courrier électronique à: [info@praca.eu.pl](mailto:info@praca.eu.pl), [avenir@praca.eu.pl](mailto:avenir@praca.eu.pl). Le retrait du consentement n'affectera pas la légalité du traitement, qui a été effectué sur la base du consentement avant son retrait.*

Place, date

Signature

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_