



Märkische-Seniorenhilfe

...wir kümmern
uns um
Sie

Persönliche Pflegehilfe und Betreuung in vertrauter Umgebung



Märkische-Seniorenhilfe.....bei uns sind Sie in guten Händen

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bedarfsbogen per Fax oder Post an uns zurück .

Märkische-Seniorenhilfe
Katrin Malcher
Jürgen-Dietrich-Weg 3
58509 Lüdenscheid

Tel.: 0 23 51 / 3 79 70 50
Fax: 0 23 51 / 3 79 70 51

info@maerkische-seniorenhilfe.de
www.maerkische-seniorenhilfe.de



Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns über Ihr entgegengebrachtes Interesse und stellen Ihnen mit der beigefügten Infobroschüre gerne unsere Leistungen vor:

Wir vermitteln die Seniorenbetreuung als Dienstleistung im Rahmen der seit dem 1. Mai 2004 unter anderem auch für Polen geltenden Bestimmungen der Dienstleistungsfreiheit. Die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben ist dabei für uns genau so wichtig wie selbstverständlich. So können Sie bei uns z. B. auf erfahrenes Betreuungspersonal zählen, das bei unseren polnischen Partnern ordnungsgemäß angestellt und beschäftigt ist und im Rahmen eines Dienstleistungsvertrages zu Ihnen entsandt werden kann.

Vorteile für Sie - Fairness für das Betreuungspersonal

Im Heimatland angestelltes Personal einzusetzen hat für Sie den Vorteil, dass Sie nicht als Arbeitgeber fungieren müssen und somit von allen bürokratischen Verpflichtungen befreit sind. Durch das Dienstleistungsverhältnis sind Sie lediglich der Auftraggeber - alles andere erledigen wir für Sie. Das Betreuungspersonal ist selbstverständlich ordnungsgemäß sozialversichert. Zwar entstehen Kosten durch die Arbeitgeberanteile für z. B. Krankenversicherung und Rentenversicherungsbeiträge, dennoch ist ein häuslicher Betreuungsservice in seiner Gesamtheit erheblich günstiger als ein Altersheimaufenthalt. Zudem verbleibt der zu Pflegenden in seinem eigenen Zuhause, in der seit vielen Jahren vertrauten Umgebung.

Transparenz bei allen Kosten - von Anfang an

Bei Zustandekommen eines Dienstleistungsvertrages investieren Sie eine Provision in Höhe von 680,00 € einmalig jährlich. Mit der Provision ist die Betreuung des Vertragsverhältnisses über die gesamte Vertragslaufzeit abgedeckt. Verwaltungsaufwand und zusätzliche Serviceleistungen wie z. B. Organisation und Entsendung von Ersatzpersonal im Falle von Ausfällen oder durch unvorhergesehene Umstände, sowie Vertragsanpassungen an eventuell wechselnde Erfordernisse, sind ebenso inbegriffen wie Beratung zur 24-Stunden-Betreuung. Die Betreuungskosten an sich betragen - je nach Anforderung und Ausgestaltung des Services - monatlich zwischen 1.850,- € bis 2.400,- € Brutto.

Freundlich und flexibel

Ergeben sich im Verlauf der Leistungserbringung Änderungen, sind Anpassungen erforderlich oder tauchen neue Fragen auf, sind wir gerne für Sie da. Schnelle und flexible Lösungen sind gerade im Pflegebereich wichtig - das wissen wir natürlich! Sie können sich sowohl direkt mit unserem Partner, als auch mit uns in Verbindung setzen - wie es Ihnen genehm ist. Wir schlagen jedoch eine Kontaktaufnahme mit uns vor, da wir einfach näher am Geschehen sind und alle Angelegenheiten in Ihrem Interesse erledigen. Selbstverständlich sprechen wir auch fließend polnisch.

Wir empfehlen Ihnen, abzurechnende Pflegeleistungen durch inländische Unternehmen, die durch Krankenkassen oder Pflegekassen möglich sind, weiterhin bestehen zu lassen, um im Interesse zu betreuender Menschen einen hiesigen Pflegequalitätsstandard sicher zu stellen.

Haben Sie noch Fragen? Zögern Sie nicht, rufen Sie uns an.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihre Märkische-Seniorenhilfe



Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Kontaktdaten:

1. Name der zu betreuenden Person

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

2. Name der Kontaktperson

Name: Vorname: Alter:

Anschrift:

Telefonnummer:

Mobil:

E-Mail:

Verwandtschaftsgrad zwischen der zu betreuenden Person
und der Kontaktperson:



3. Angaben zu der zu betreuenden Person

Angaben zur Person(en):

Geschlecht weiblich männlich

Alter:..... Größe:..... Gewicht:.....

Alter:..... Größe:..... Gewicht:.....

Leben Angehörige im gemeinsamen Haushalt ?

ja nein

Wenn ja, wer und wie viele

4. Diagnose/Beeinträchtigung der zu betreuenden Person

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Parkinson | <input type="radio"/> Demenz | <input type="radio"/> Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Dekubitus | <input type="radio"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="radio"/> Alzheimer | <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="radio"/> Multiple Sklerose | <input type="radio"/> Schwerhörigkeit | <input type="radio"/> Rheuma |
| <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Depression | <input type="radio"/> chronische Durchfälle |
| <input type="radio"/> Stoma | <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> altersbedingte Gehschwäche |

Schlaganfall, Beeinträchtigungen:

Tumor/ Krebserkrankungen:

Allergien:

Sonstiges (wie z.B. ansteckende Krankheiten):

Aktuelle Therapien:



5. Angaben zum gesundheitlichen Zustand

Kommunikation:

Sprache	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> gar nicht möglich
Hörvermögen	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> gar nicht
Sehkraft	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> gar nicht

Hilfsmittel: Hörgerät ja nein
Brille ja nein

Orientierung:

Zeitlich	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> gar nicht
Örtlich	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> gar nicht
Persönlich	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> gar nicht

Nahrungsaufnahme:

<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> braucht Hilfe (z.B. beim Schneiden)	<input type="radio"/> hilfsbedürftig
<input type="radio"/> Schluckstörung	<input type="radio"/> PEG Sonde	<input type="radio"/> Trinkkarenz

Diät:

Bewegung:

<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung
<input type="radio"/> überwiegend im Rollstuhl	<input type="radio"/> bettlägerig

Transfer vom/ins Bett:

selbständig mit Hilfe komplett hilfsbedürftig



Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

- Pflegebett Hebegurt Rollator Dekubitusmatratze
 Toilettenwagen Rollstuhl Patientenlift Badewannenlift

Sonstige Hilfsmittel vorhanden?

Sind leichte pflegerische Tätigkeiten erwünscht?

- ja
 nein

- Wenn ja (bitte erläutern Sie genau):.....

.....

Handelt es sich bei den durch die Betreuungskraft zu erledigenden Aufgaben um überwiegend pflegerische Tätigkeiten (> 50%) ?

- ja
 nein

6. Welche Leistungen sind erwünscht?

Körperpflege:

- braucht keine Hilfe
 braucht Hilfestellung bei der Körperpflege
 Ganzkörperwaschung im Bett



Baden/Duschen:

- selbständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig
 wöchentlich täglich

An- und Auskleiden:

- selbständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Ausscheidung:

- Urinausscheidung: Inkontinenz teilweise inkontinent (z.B. nachts) keine

- Stuhlausscheidung: Inkontinenz teilweise inkontinent (z.B. nachts)
 keine

- Hilfsmittel vorhanden? Windel Vorlagen Urinflasche
 künstlicher Darmausgang Katheter suprapubischer Katheter

Wechseln der Windel bei Inkontinenz:

Wenn ja, wie oft?.....

Überwachung in der Nacht:

- ja nein

Wenn ja, wie sollte diese ablaufen?

.....

Bekommt der zu betreuende Schlafmittel?

- ja nein



7. Hilfeleistungen im Haushalt

Tätigkeiten:

- Reinigen der Wohnung
- Zubereiten von Essen
Für wie viele Personen?
- Wäsche waschen
- Bügeln
- Fenster putzen
- Einkaufen
- Spazieren gehen
- Gesellschaftsspiele
- Begleitung beim Einkaufen
- Arztbesuche
- Haus
- Wohnung
- Fläche zum Sauberhalten:Quadratmeter
- Ist ein Garten vorhanden? ja nein
Falls ja, ist leichte Gartenarbeit erwünscht? ja nein
- Haustiere, wenn ja, welche?:
- Andre gewünschte Aufgaben:



8. Erwartungen an die polnische Betreuungskraft

Persönliche Anforderungen

1. Geschlecht weiblich männlich egal
2. Alter 26 - 40 41 - 60 egal
3. Führerschein ja, wichtig nicht wichtig
4. Nichtraucher ja, wichtig egal
5. Tierlieb ja, wichtig egal

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an den Mitarbeiter?
(Charakter, Eigenschaften, etc.)

.....

.....

Deutsche Sprachkenntnisse:

- Verstehen mäßig, sprechen schlecht
- Verstehen gut, sprechen mäßig
- Verstehen gut, sprechen gut

Sollte die Betreuungskraft eine Ausbildung im pflegerischen Bereich mitbringen?

- ja, wichtig
- nicht wichtig
- egal



Rahmenbedingungen:

Lage Großstadt (zentral) Großstadt (abgelegen) Kleinstadt
 Dorf ländlich

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß) ca. 10 min. ca. 20 min.
 ca. 40 min. länger als 1 Stunde

Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft:

eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV Internet

Anmerkung:

Arbeitspensum:

Nachteinsätze nein ab und zu häufig jede Nacht

Anmerkung:

Was ist Ihnen außerdem noch wichtig?

.....
.....
.....



9. Ab wann wird die Betreuungskraft erwünscht?

.....

10. Für wie lange wird der Auftrag erteilt?

.....

11. Fragen zum ambulanten Pflegedienst

In welchem Pflegegrad (Pflegestufe) ist zu betreuenden Person eingestuft:

- keine Einstufung vorhanden
- Pflegegrad 1 Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegestufe 2 Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegestufe 3 Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegestufe 4 Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegestufe 5 Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung Prüfverfahren und Ermittlung der Pflegegrade

Wird derzeit ein Pflegedienst in Anspruch genommen?

- ja nein

Wenn ja, wie heißt der Pflegedienst?

Wie oft kommt der Pflegedienst?

War die zu betreuende Person schon mal im Pflegeheim?

- ja nein



12. Zusätzliche Angaben

1. Hatten Sie schon eine „24-Stunden-Betreuungskraft“ beschäftigt? Ja Nein
2. Falls ja, auf welche Weise wurde die Person vermittelt?
 Vermittlungsagentur Privat ZAV
3. Wie sind Sie auf die Märkische-Seniorenhilfe aufmerksam geworden?
 Internet Pflegedienst Beratungsstellen Presse Fernsehen

Empfehlung von:

Hiermit versichere ich, dass die von mir gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unvollständige Angaben führen unter Umständen zu späteren Missverständnissen oder Mehrkosten.

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Ort, Datum:.....

Unterschrift:.....