

Liebevolle Pflegehilfe und Betreuung in vertrauter Umgebung



.....bei uns sind Sie in guten Händen

Die Märkische Seniorenhilfe steht Ihnen deutschlandweit als beratender und vermittelnder Partner zur Seite. Unabhängig davon, wo Sie wohnen, unterstützen wir Sie direkt in Ihrer Region. Mit über 7.000 erfolgreichen Vermittlungen verfügen wir über die notwendige Erfahrung, um Ihnen das Modell der häuslichen Betreuung umfassend zu erläutern.

Eine gründliche Bedarfsanalyse ist der Schlüssel zu einer erfolgreichen Vermittlung. Wir nehmen uns die Zeit, Ihren individuellen Betreuungsbedarf in allen Aspekten zu erfassen, einschließlich der Anforderungen des Krankheitsbildes sowie Ihrer persönlichen Erwartungen an die Betreuungskraft.

Um Ihnen ein maßgeschneidertes Betreuungsangebot unterbreiten zu können, bitten wir Sie, uns den ausgefüllten Bedarfsbogen per Post, Fax oder E-Mail zurückzusenden.

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns sehr über Ihr Interesse an unseren Dienstleistungen und möchten Ihnen mit der beigefügten Infobroschüre einen umfassenden Überblick über unser Angebot geben.

Unsere Seniorenbetreuung vermitteln wir im Rahmen der seit dem 1. Mai 2004 auch für Polen geltenden Bestimmungen der Dienstleistungsfreiheit. Dabei legen wir großen Wert auf die Einhaltung aller gesetzlichen Vorgaben. So können Sie sicher sein, dass das von uns vermittelte Betreuungspersonal bei unseren polnischen Partnern ordnungsgemäß angestellt ist und im Rahmen eines Dienstleistungsvertrages legal zu Ihnen entsandt wird.

Ihre Vorteile - Fairness für das Betreuungspersonal

Durch den Einsatz von im Heimatland angestelltem Betreuungspersonal fungieren Sie nicht als Arbeitgeber und sind somit von allen damit verbundenen bürokratischen Verpflichtungen befreit. Sie sind lediglich der Auftraggeber, während wir uns um alle administrativen Belange kümmern. Das Betreuungspersonal ist sozialversichert, was Kosten wie Arbeitgeberanteile für Kranken- und Rentenversicherungsbeiträge beinhaltet. Trotzdem ist die häusliche Betreuung meist deutlich günstiger als ein Altersheimaufenthalt, und der zu Pflegenden kann in seiner vertrauten Umgebung bleiben.

Transparente Kosten von Anfang an

Bei Abschluss eines Dienstleistungsvertrages fällt eine einmalige jährliche Provision in Höhe von 680,- € an. Diese deckt die Betreuung des Vertragsverhältnisses über die gesamte Laufzeit ab, einschließlich Verwaltung, Organisation von Ersatzpersonal bei Ausfällen und Anpassungen des Vertrages an sich ändernde Bedürfnisse. Die monatlichen Betreuungskosten variieren je nach Umfang des benötigten Service zwischen 2.800,- € und 3.300,- € brutto.

Freundlich und flexibel

Sollten sich während der Betreuung Änderungen ergeben oder Anpassungen notwendig werden, sind wir jederzeit für Sie da. Wir wissen, wie wichtig schnelle und flexible Lösungen im Pflegebereich sind, und stehen Ihnen in allen Angelegenheiten gerne zur Seite. Sie können sich sowohl an uns als auch direkt an unseren Partner wenden. Da wir jedoch näher am Geschehen sind, empfehlen wir die Kontaktaufnahme mit uns, um alle Anliegen in Ihrem Sinne zu regeln. Selbstverständlich bieten wir auch eine Betreuung in polnischer Sprache an.

Wir empfehlen Ihnen außerdem, abrechnungsfähige Pflegeleistungen weiterhin durch inländische Unternehmen in Anspruch zu nehmen, um die bestmögliche Pflegequalität zu gewährleisten. Gerne beraten wir Sie zu möglichen Zuschüssen und Unterstützungsmöglichkeiten durch die Pflege- und Krankenkassen.

Wenn Sie noch Fragen haben oder eine Beratung wünschen, zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren. Wir stehen Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Mit herzlichen 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:

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
- Einkaufen
- Spazieren gehen
- Gesellschaftsspiele
- Begleitung beim Einkaufen
- Arztbesuche
- Haus
- Wohnung
- Fläche zum Sauberhalten:Quadratmeter

- 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

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 betreuende Person eingestuft:

- keine Einstufung vorhanden
- Pflegegrad 1 Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegegrad 2 Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegegrad 3 Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegegrad 4 Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegegrad 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 bestätige ich, dass alle von mir gemachten Angaben vollständig und korrekt sind. Unvollständige oder fehlerhafte Informationen können zu späteren Missverständnissen oder zusätzlichen Kosten führen.

Dieser Fragebogen wird Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Ort, Datum:.....

Unterschrift:.....