

|  |
|--|
| Felder zum ausfüllen von der Betreuung24Nord |
| Kundennummer .....                           |
| Vertragsnummer .....                         |

## I. Allgemeine Angaben

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Name der Kontaktperson:</b>             |  | <b>Name des Patienten:</b>               |  |
| <b>Vorname der Kontaktperson:</b>          |  | <b>Vorname des Patienten:</b>            |  |
| <b>Geburtsdatum:</b>                       |  | <b>Geburtsdatum:</b>                     |  |
| <b>Adresse:</b>                            |  | <b>Adresse:</b>                          |  |
| Straße:                                    |  | Straße:                                  |  |
| Hausnummer:                                |  | Hausnummer:                              |  |
| Postleitzahl (PLZ):                        |  | Postleitzahl (PLZ):                      |  |
| Ort:                                       |  | Ort:                                     |  |
| <b>Postfach:</b>                           |  | <b>Postfach:</b>                         |  |
| <b>Telefonnummer mit Vorwahl (Haus):</b>   |  | <b>Telefonnummer mit Vorwahl (Haus):</b> |  |
| <b>Telefonnummer mit Vorwahl (Arbeit):</b> |  | <b>Telefonnummer (Mobil):</b>            |  |
| <b>Telefonnummer (Mobil):</b>              |  | <b>Gewicht:</b>                          |  |
| <b>E-Mail:</b>                             |  | <b>Größe:</b>                            |  |
| <b>Verwandtschaftsgrad zum Patienten</b>   |  | <b>Wohnt der Patient alleine?</b>        |  |

### Diagnosen:

|   |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche   | <input type="checkbox"/> Asthma      | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes              |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li | <input type="checkbox"/> Dekubitus   | <input type="checkbox"/> Demenz            | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl.  |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung  | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Allergien             |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz   | <input type="checkbox"/> Rheuma      | <input type="checkbox"/> Parkinson         | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie   | <input type="checkbox"/> Stoma       | <input type="checkbox"/> Depression        | <input type="checkbox"/> Tumor                 |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:  |                                      |  |  |

### Pflegestufe:

|                  |                             |                             |                             |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Keine:           | <input type="checkbox"/>    |                             |                             |
| Wenn ja, welche: | <input type="checkbox"/> 1. | <input type="checkbox"/> 2. | <input type="checkbox"/> 3. |
| Beantragt:       | <input type="checkbox"/> 1. | <input type="checkbox"/> 2. | <input type="checkbox"/> 3. |

### Pflegedienst:

Erfolgt z. Zt. Versorgung durch Pflegedienst:  ja  nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden:  ja  nein

**Probleme in der Kommunikation:**

---

Sprache:  keine  mäßige  massive Probleme

Hörvermögen:  keine  mäßige  massive Probleme

Sehkraft:  keine  mäßige  massive Probleme

Hilfsmittel:

Hörgerät:  ja  nein

Brille:  ja  nein

**Orientierung:**

---

Zeitlich:  orientiert  zeitweise  massive Probleme

Örtlich:  orientiert  zeitweise  massive Probleme

Persönlich:  orientiert  zeitweise  massive Probleme

**Bewegung:**

---

selbstständig  mit Unterstützung  überwiegend im Rollstuhl  bettlägerig

Hilfsmittel:

**Treppensteigen:**

---

selbstständig  mit Unterstützung  nicht möglich

Hilfsmittel:

**Transfer Bett / Rollstuhl:**

---

selbstständig  hilft mit  komplett hilfsbedürftig  bettlägerig / kein Transfer

Hilfsmittel:

Pflegebett  Lift  Dekubitusmatratze  Rollstuhl  Rollator

**Baden / Duschen:**

---

selbstständig  braucht Hilfe  komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

### **Körperpflege:**

|                            | selbstständig            | teilweise selbstständig  | unter Anleitung          | komplette Unterstützung  |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gesicht:                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mundpflege / Zahnprothese: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oberkörper:                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gesäß / Beine:             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intimpflege:               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haare kämmen / waschen:    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rasieren:                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Handpflege:                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fußpflege:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### **Urinkontrolle:**

- kontinent     
  teilweise inkontinent (z.B. nachts)     
  inkontinent  
 Hilfsmittel:     
  Windeln     
  Vorlagen     
  Urinflasche  
                 
  Katheter     
  suprapubischer Katheter

### **Stuhlkontrolle:**

- kontinent     
  teilweise inkontinent (z.B. nachts)     
  inkontinent  
 Hilfsmittel:

### **An- / Auskleiden:**

- selbstständig     
  braucht Hilfe     
  komplett hilfsbedürftig

### **Essen / Trinken:**

- selbstständig     
  braucht Hilfe z. B. beim Schneiden     
  komplett hilfsbedürftig

### **Kau- u. Schluckstörungen:**

- keine     
  Störungen     
  PEG Sonde  
 Nahrungskarenz     
 Trinkkarenz

### **Diät:**

- keine     
 wenn ja, welche:

### **Ein- / Durchschlafen:**

- keine Probleme     
 sporadische Störungen     
 Schlaf-wach-Rhythmus gestört

**Wie oft steht der Patient jede Nacht auf:**

- 1Mal     2 - 3 Mal     mehr als 3 Mal – besteht die Möglichkeit den Schlaf tagsüber nachzuholen? (Freizeitstunden Ausgenommen)     ja     nein

Bekommt Schlafmittel:     ja     nein

**Aktuelle Therapien:**

---

- keine     Krankengymnastik     Logopädie     sonstige:

**Wie ist der Patient von Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung)**

---

## II. Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

### 1. Anforderungen an das Personal:

#### **Geschlecht:**

---

- Frau                       Mann                       irrelevant

#### **Alter (in Jahren):**

---

- 20 – 30                       30 - 40                       40 - 50                       älter als 50                       irrelevant

#### **Führerschein:**

---

- ja, mit Fahrpraxis                       nein

### 2. Rahmenbedingungen:

#### **Lage:**

---

- Großstadt - zentral       Großstadt – abgelegen       Kleinstadt       Dorf                       ländlich

#### **Wohnsituation:**

---

- Einfamilienhaus                       Mehrfamilienhaus                       Wohnung       sonstige:

#### **Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):**

---

- ca. 10 min.                       ca. 20 min.                       ca. 40 min.       1 Stunde                       länger als 1 Stunde

#### **Ausstattung des Zimmers für den / die Mitarbeiter / -in:**

---

- eigenes Bad                       Bett                       Tisch                       Schrank                       Radio                       TV  
 Computer                       Zugang zum Internet

Bemerkungen:

#### **Freizeit**

---

- 2 Std. pro Tag (muss gewährleistet sein)                       4 Std. alle 2 Tage  
 ein freier Tag in der Woche                       nach Absprache

### 3. Zusätzliche Voraussetzungen:

#### Haustiere:

- keine  wenn ja, welche:  
 Sollen die Haustiere mitversorgt werden:  ja  nach Bedarf  nein

#### Einkäufe / Kochen / Essenvorbereitung:

- immer  ab und zu  nein für wie viele Personen .....
- Liebblingslebensmittel und -getränke:

#### Wäsche waschen:

- immer  ab und zu  nein

#### Wäsche bügeln:

- immer  ab und zu  nein

#### Begleitung bei Arztbesuchen:

- immer  ab und zu  nein  
 Gibt es eine Haushaltshilfe:  nein  ja  
 wenn ja, wie oft kommt zum Einsatz:

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt:

#### Betreuungsdauer:

Kurzzeitpflege (ab 2 Wochen bis zur 3 Monaten) :

..... Wochen, : ..... Monate, gewünschte Anfangsdatum .....

Pflege ab 3 Monate:

3 Monate  6 Monate  ein Jahr gewünschte Anfangsdatum .....

Vertrag kann ohne Angaben von Gründen während der Laufzeit (Gleichgültig ob für 3 Monate oder 12 Monate abgeschlossen wird) jederzeit schriftlich zum Ende eines Monats mit der Einhaltung einer monatlichen Kündigungsfrist gekündigt werden.

„Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen **nach meinem besten Wissen** wahrheitsgemäß und vollständig sind.“

.....  
 Unterschrift

.....  
 Datum

### III Preisliste

Entscheiden Sie selbst welche Dienstleistung Sie in Anspruch nehmen möchten.

#### Dienstleistungsauswahl: „Standard“:

**ab 3 Monate** (bei Pflege von **2 Personen**, erhöht sich das Honorar um **50 %**)

Dieses Angebot ist an Patienten gerichtet, die Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben und die Anwesenheit einer Person benötigen, die für sie da ist und nicht zu viele Erwartungen an Kenntnissen der deutschen Sprache stellen. Pflegepersonal mit Grundkenntnissen und ausreichenden Erfahrung in der Betreuung.

|                            | <b>Sprachkenntnisse</b> |  | <b>Vergütung für einen Tag</b> |
|----------------------------|-------------------------|--|--------------------------------|
| A <input type="checkbox"/> | <b>4,0 – 4,2</b>        | Einfache „Grundwortkenntnisse“<br>der Deutsche Sprache im Haushaltsbereich | <b>53 €</b>                    |
| B <input type="checkbox"/> | <b>3,7 – 3,9</b>        | Einfache Satzbau ist möglich   | <b>59 €</b>                    |
| C <input type="checkbox"/> | <b>3,3 – 3,6</b>        | Einfache Unterhaltung ist möglich  | <b>65 €</b>                    |

Besonders zu dem Standard - Wahl, empfehlen wir zusätzlich einen Pflegedienst vor Ort Mitwirken zu lassen.

#### Dienstleistungsauswahl: „Premium“:

**ab 3 Monate** (bei Pflege von **2 Personen**, erhöht sich das Honorar um **50 %**)

Dieses Angebot ist an Patienten gerichtet, die hohe Erwartungen im Bereich der Qualität des Pflegepersonals und dessen Kenntnissen der deutschen Sprache haben, mit reicher Erfahrung in der Betreuung und entsprechenden Qualifikationen der aktuelle Pflegestufe angepasst. Pflegepersonal mit guten Kenntnissen der deutschen Sprache.

|                            | <b>Gute Deutsch-<br/>-kenntnisse (1,8-2,9)</b> | <b>Alternativpreis<br/>mit mittleren<br/>Deutschkenntnissen (3,0 -3,2)</b> |
|----------------------------|--|--|
| <b>Pflegestufe „keine“</b> | <input type="checkbox"/> 61 €                  |  |
| <b>Pflegestufe I</b>       | <input type="checkbox"/> 65 €                  |  |
| <b>Pflegestufe II</b>      | <input type="checkbox"/> 75 €                  | <input type="checkbox"/> 70 €  |
| <b>Pflegestufe III</b>     | <input type="checkbox"/> 84 €                  | <input type="checkbox"/> 72 €  |

#### Dienstleistungsauswahl: „Kurzzeitpflege“

**ab 2 Wochen bis zu 3 Monaten** (bei Pflege von **2 Personen**, erhöht sich das Honorar um **50 %**)

|                            | <b>Gute Deutsch-<br/>-kenntnisse (1,8 – 2,9)</b> | <b>Mittlere Deutsch-<br/>-kenntnisse (3,0 – 3,2)</b> | <b>Einfache Unterhaltung<br/>möglich (3,3 – 3,6)</b> |
|----------------------------|--|--|--|
| <b>Pflegestufe „keine“</b> | <input type="checkbox"/> 75 €                    |  |  |
| <b>Pflegestufe I</b>       | <input type="checkbox"/> 82 €                    | <input type="checkbox"/> 77 €                        | <input type="checkbox"/> 72 €                        |
| <b>Pflegestufe II</b>      | <input type="checkbox"/> 90 €                    | <input type="checkbox"/> 80 €                        | <input type="checkbox"/> 75 €                        |
| <b>Pflegestufe III</b>     | <input type="checkbox"/> 99 €                    | <input type="checkbox"/> 87 €                        | <input type="checkbox"/> 81 €                        |

Bei der Kurzzeitpflege unter 5 Wochen kommt ein Aufpreis von **80 €/Einmalig** zu. Für alle Angebote wird ein Aufpreis von 100% für die Feiertage berechnet. Die Liste der Feiertage liegt im Vertrag bei.  
Alle Preise = Bruttopreise

Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

## IV. Tagesstruktur

|                                     |  |     |   |
|-------------------------------------|--|-----|---|
| <b>Morgens:</b>                     |  |     |   |
| <input type="checkbox"/> wecken um: |  | Uhr | <input type="checkbox"/> ausschlafen lassen |
|                                     |  |     |   |
| Baden /<br>Duschen:                 |  |     | pro Woche                                   |

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Vormittags:</b> |  |
|                    |  |

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Mittags:</b> |  |
|                 |  |

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Nachmittags:</b> |  |
|                     |  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>Abends:</b> |  |
|                |  |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>Nachts:</b> |  |
|                |  |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>Welche Hobbys hat der Patient:</b> |
|---------------------------------------|

|                   |
|-------------------|
| <b>Sonstiges:</b> |
|-------------------|