

Felder zum ausfüllen von der Kolba-med-Agentur
Kundennummer
Vertragsnummer

I. Allgemeine Angaben

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

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
- Lieblingslebensmittel 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 eine Haushaltshilfe und Unterstützung bei den täglichen Handlungen oder die Anwesenheit einer anderen Person brauchen, die immer da ist.

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

Besonders zu der Standard -Auswahl, empfehlen wir zusätzlich einen Pflegedienst vor Ort Mitwirken zu lassen.

Dienstleistungsauswahl: „Premium“:

ab 3 Monate (bei einer 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.

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

Dienstleistungsauswahl: „Kurzzeitpflege“

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

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

Bei der Kurzzeitpflege unter 5 Wochen kommt ein Aufpreis von **80 €/einmalig** hinzu. 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

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

Vormittags:	

Mittags:	

Nachmittags:	

Abends:	

Nachts:	

Welche Hobbys hat der Patient:

Sonstiges:
