

Rund um die Uhr Betreuung und Pflegehilfe in den eigenen vier Wänden



**24-Stunden-Betreuung
im eigenen Zuhause**

- kompetentes Personal
- zuverlässige Betreuung
- professionelle Organisation

Westfälische-Seniorenhilfe 
● ● ● Rund-um-die-Uhr an Ihrer Seite



Empfehlung
100%
2015

Zufriedenheit
9,2 von 10
SEHR GUT



Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen per Fax, Post oder per Mail an uns zurück.

Westfälische-Seniorenhilfe
Richard Malcher
Nachtigallenweg 71
58507 Lüdenscheid

Tel.: 0 23 51 / 3 79 70 82
Fax: 0 23 51 / 3 79 70 84

info@westfaelische-seniorenhilfe.de
www.westfaelische-seniorenhilfe.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns über Ihr entgegengebrachtes Interesse an unserem Service und stellen Ihnen gerne kurz 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 genauso 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 Pflegende in seinem eigenen Zuhause, in der seit vielen Jahren vertrauten Umgebung.

Transparenz bei allen Kosten - von Anfang an

Bevor ein Dienstleistungsvertrag zu Stande kommt, bekommen Sie eine genaue Auflistung der zu erwartenden Kosten. 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 in unserem Service ebenso inbegriffen wie die Beratung zur 24-Stunden-Betreuung. Die Betreuungskosten an sich betragen - je nach Anforderung und Ausgestaltung des Services - monatlich zwischen 2.350 € und 2.800 € 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, weiterhin Pflegeleistungen durch inländische Unternehmen, die von den Kranken- und Pflegekassen ermöglicht werden bestehen zu lassen, um im Interesse der zu betreuenden Menschen einen hiesigen Pflegequalitätsstandard beibehalten zu können.

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

Ihre Westfälische-Seniorenhilfe

Fragebogen zur Bedarfsermittlung

1. Name(n) der zu betreuenden Person/-en

Name :

Vorname/-n :

Geb. Datum (w) :

Geb. Datum (m) :

Anschrift :

Telefon :

Mail :

2. Name der Kontaktperson

Name :

Vorname :

Verwandtschaftsgrad :

Anschrift :

Telefon :

Mail :

3. Angaben zu der(den) zu betreuenden Person(en)

Person 1 :

Geschlecht : Alter : Gewicht :

Pflegegrad :

Person 2

Geschlecht : Alter : Gewicht :

Pflegegrad :

Betreuungsort (Stadt ?):

Leben Angehörige im gemeinsamen Haushalt ?

Ja Nein

Falls ja, wer und wie viele ?

4. Diagnose / Beeinträchtigung der zu betreuenden Person/-en

Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmus- störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinsuffi- zienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerhörig- keit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chronische Durchfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	altersbedingte Gehschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Beeinträchtigungen :

Tumor / Krebserkrankungen :

Allergien :

Sonstiges (wie z.B. ansteckende Krankheiten) :

Aktuelle Therapien :

5. Angaben zum gesundheitlichen Zustand

Kommunikation:

Sprache	^w <input type="checkbox"/>	^m <input type="checkbox"/>	gut	^w <input type="checkbox"/>	^m <input type="checkbox"/>	mäßig	^w <input type="checkbox"/>	^m <input type="checkbox"/>	gar nicht möglich
Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schlecht
Sehkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schlecht

Hilfsmittel:

Hörgerät

Brille

Andere

Orientierung :

Zeitlich	^w <input type="checkbox"/>	^m <input type="checkbox"/>	ja	^w <input type="checkbox"/>	^m <input type="checkbox"/>	zeitweise	^w <input type="checkbox"/>	^m <input type="checkbox"/>	gar nicht
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gar nicht
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gar nicht

Nahrungsaufnahme :

- ^w ^mselbständig ^w ^mbraucht Hilfe (z.B. beim Schneiden)
- hilfsbedürftig
- Schluckstörung PEG Sonde ^w ^mTrinkkarenz

Diät :

Bewegung :

- ^w ^mselbständig ^w ^mmit Unterstützung
- überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Transfer vom / ins Bett :

- ^w ^mselbständig ^w ^mmit Hilfe ^w ^mkomplett hilfebedürftig

Welche Hilfsmittel sind vorhanden ?

- Pflegebett Hebegurt Rollator Dekubitusmatratze
- Toilettenwagen Rollstuhl Lift

Sonstige Hilfsmittel vorhanden ?

Sind leichte pflegerische Tätigkeiten erwünscht, und wenn ja welche ?

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

6. Welche Leistungen sind erwünscht ?

Körperpflege :

w m

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

Baden / Duschen :

w m

selbständig

wöchentlich

w m

braucht Hilfe

täglich

w m

komplett hilfsbedürftig

An- und Auskleiden :

w m

selbständig

w m

braucht Hilfe

w m

komplett hilfsbedürftig

Ausscheidung:

Urinausscheidung :

w m

Inkontinenz

keine

w m

teilweise inkontinent
(Nachts)

Stuhlausscheidung :

Inkontinenz

keine

teilweise inkontinent
(Nachts)

Hilfsmittel vorhanden ?

w m

Windel

künstlicher
Darmausgang

w m

Vorlagen

Katheter

w m

Urinflasche

suprapubischer
Katheter

Wechseln der Windel bei Inkontinenz :

Nachteinsätze (wie oft ?) :

Wenn ja, wie sollte diese ablaufen ?

Bekommt der zu Betreuende Schlafmittel ?

7. Hilfeleistungen im Haushalt

Tätigkeiten :

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reinigen der Wohnung | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> Bügeln |
| <input type="checkbox"/> Fenster putzen | <input type="checkbox"/> Spazieren gehen | <input type="checkbox"/> Einkaufen |
| <input type="checkbox"/> Begleitung beim einkaufen | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele | <input type="checkbox"/> Arztbesuche |

Zubereiten von Mahlzeiten :

Für wie viele Personen ?

Haus Wohnung

Fläche zum sauber halten :

Ist ein Garten vorhanden ? : Ja Nein

Falls ja, ist leichte Gartenarbeit erwünscht? : Ja Nein

Haustiere, wenn ja, welche ? :

Andere gewünschte Aufgaben :

8. Erwartungen an die polnische Betreuungskraft

Persönliche Anforderungen :

Geschlecht weiblich männlich egal

Alter 26 - 40 41 - 60 egal

Führerschein ja, wichtig nicht wichtig

Nichtraucher ja, wichtig egal

Tierlieb ja, wichtig egal

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an den Mitarbeiter ?

(Charakter, Eigenschaften etc.)

Deutsche Sprachkenntnisse :

Grundkenntnisse (einfache Verständigung) Mäßige Deutschkenntnisse

Gute Deutschkenntnisse Sehr gute Deutschkenntnisse

Sollte die Betreuungskraft eine Ausbildung im pflegerischen Bereich mitbringen ?

ja, wichtig nicht wichtig

Allgemeine Angaben :

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 Schrank Tisch Internet
- Bett Radio TV

Anmerkung :

Arbeitspensum :

Nachteinsätze : nein ab und zu häufig jede Nacht

Anmerkung :

Was ist Ihnen außerdem noch wichtig ?

9. Ab wann wird die Betreuung erwünscht ?

10. Für wie lange wird der Auftrag erteilt ?

11. Fragen zum ambulanten Pflegedienst

Wird derzeit ein Pflegedienst in Anspruch genommen, und wenn ja, welcher (Name, Anschrift) ?

Hausarzt der zu betreuenden Person (Name, Anschrift, Telefon) ?

(Angaben sind erforderlich, falls ein Notfall eintreten sollte)

War die zu betreuende Person schon mal im Pflegeheim ?

12. Zusätzliche Angaben

Haben Sie schon mal eine „24-Stunden-Betreuungskraft“ beschäftigt ?

2. Falls ja, auf welche Weise wurde die Betreuungskraft vermittelt ?

Hiermit versichere ich, dass die von mir gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unvollständige Angaben führen unter Umständen zu späteren Missverständnissen oder Mehrkosten. Des Weiteren verpflichte ich mich, alle mir zur Verfügung gestellten Daten der Betreuungspersonen nicht an Dritte weiterzugeben oder für andere Zwecke zu nutzen.

Datenschutzerklärung

Hiermit willige ich ein, dass mit dem Versenden dieses Formulars meine personenbezogenen Daten durch die Westfälische-Seniorenhilfe gespeichert, maschinell verarbeitet und ausschließlich zum Zwecke der Kontaktaufnahme, zur Erledigung Ihrer Anfrage (Abwicklung des mit Ihnen geschlossenen Vertrags) und zur Weitergabe von aktuellen Informationen und Angeboten genutzt werden dürfen. Die Westfälische-Seniorenhilfe darf die Daten auch an einen Bevollmächtigten / Dienstleister zum Zwecke der Kontaktaufnahme weitergeben. Mit vollständiger Abwicklung Ihres Anliegens und Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen werden Ihre Daten gelöscht. Weiterhin versichere ich, dass die vorstehenden persönlichen Daten korrekt und vollständig sind. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung der Daten für die Zukunft zu widersprechen. Der Widerspruch ist an die Westfälische-Seniorenhilfe, Nachtigallenweg 71 in 58507 Lüdenscheid zu richten.

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Ort, Datum :

Unterschrift :

.....

Westfälische-Seniorenhilfe
Richard Malcher
Nachtigallenweg 71
58507 Lüdenscheid

Tel.: 0 23 51 / 3 79 70 82
Fax: 0 23 51 / 3 79 70 84

info@westfaelische-seniorenhilfe.de
www.westfaelische-seniorenhilfe.de