

Vereinbarung über die Beauftragung zur Vermittlung von Betreu- ungsdienstleistungen

Vereinbarung

zwischen

Unique Personalservice GmbH
Fachbereich Care 24
Straße/Hausnummer
PLZ/Ort

- im Folgenden „Unique“ -

und

Präambel

Unique ist mit ihrem Fachbereich „Care 24“ spezialisiert auf die Vermittlung von qualifizierten Betreuungskräften europäischer Dienstleister an Ihre Kunden. Der Kunde ist dabei eine zu betreuende Person, die im Einzelfall durch eine dritte Person vertreten wird.

Vermittelt wird ein Dienstleistungsvertrag über Betreuungsdienste mit einem europäischen Dienstleistungsunternehmen. Der Kunde wird einen eigenständigen, vom hiesigen Vermittlungs-verhältnis losgelösten Vertrag über die konkreten Betreuungsdienstleistungen mit dem von Unique vermittelten Dienstleistungsunternehmen abschließen.

Zur Erfüllung des Auftrags wird Unique den Kunden zudem während der Laufzeit der Betreuung beraten und unterstützen. Unique sorgt auch für die Kommunikation bei einem Wechsel der

Unterschrift Unique-Care 24



<input type="text"/>
Vorname Name
<input type="text"/>
Straße/Hausnummer
<input type="text"/>
PLZ/Ort
<input type="text"/>
vertreten durch (hier ggf. Betreuer/Angehöriger) - im Folgenden „Kunde“ -

Betreuungskräfte, organisiert die Abläufe, bleibt Ansprechpartner für den Kunden und begleitet die Administration.

Unique erbringt jedoch keinerlei eigene Pflege- und/oder Betreuungsdienste.

Sämtliche vorstehenden Leistungen der Unique werden für den Kunden kostenfrei erbracht.

Die folgenden Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung und gelten als verbindlich vereinbart:

Anlage I: Vertragsbedingungen (inkl. der datenschutzrechtlichen Bestimmungen)

Anlage II: Anamnesebogen

Der Kunde bestätigt, dass er die Anlagen erhalten und gelesen hat und die Anlagen integraler Bestandteil dieses Vertrages sind.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum
<input type="text"/>	
Unterschrift Kunde	
<input type="text"/>	
Unterschrift Vertretungsberechtigter des Kunden	



Ansprechpartner

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr		
Titel				
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Vorname		Nachname		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> zu betr. Person	<input type="checkbox"/> Bruder	<input type="checkbox"/> Schwiegersohn	<input type="checkbox"/> Enkel/ in
<input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Ehepartner/ in	<input type="checkbox"/> Schwester	<input type="checkbox"/> Schwiegertochter	<input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer

Zu betreuende Person:

<input type="text"/>				
Titel				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Vorname		Nachname	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="text"/>				
Telefonnummer		E-Mail	Größe	Gewicht
<input type="text"/>				
Krankenkasse			Versichertennummer	

Pflegegrad

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> keiner	<input type="checkbox"/> Erstinstufung beantragt
Höherstufung beantragt:						
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					

Weitere Person im Haushalt

ja nein

Wer ist diese Person

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr
Vorname, Nachname		
<input type="text"/>		
Familienzugehörigkeit		
Ist diese Person betreuungsbedürftig?		
<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte eigenen Anamnesebogen ausfüllen.		

Hauptgrund für Betreuung:

Gewünschter Beginn:

sofort ab (Datum)

Erste Anamnese:

ja nein

Erfasst durch Erfassungsdatum



Gesundheitsstatus

Körperlich

Nervensystem

Alzheimer	Demenz	Multiple Sklerose	Polyneuropathie
ALS	Parkinson	Epilepsie	Andere <input type="text"/>

Herz-Kreislauf-System

Bluthochdruck	Schlaganfall	niedriger Blutdruck	Herzinsuffizienz
Herzinfarkt	Herz-OP	Herzrhythmusstörung	Andere <input type="text"/>

Magen-Darm-Trakt

Morbus Crohn	Diabetes	Diabetes mit Insulinversorgung	Niereninsuffizienz
Dialyse	Gastrostoma	Chronischer Durchfall	Andere <input type="text"/>

Bewegungsapparat

Arthritis	Rheuma	Gehschwäche	Osteoporose
Arthrose			Andere <input type="text"/>

Atemwege

Asthma	Beatmung	Tracheostoma	COPD	Andere <input type="text"/>
--------	----------	--------------	------	-----------------------------

Ansteckende Krankheiten

ja	nein	<input type="text"/>
----	------	----------------------

Sonstiges

Dekubitus	an welcher Stelle?	<input type="text"/>	Größe (cm)	<input type="text"/>
Krebs	Diagnose?	<input type="text"/>	Palliativversorgung	

Weitere Informationen

NUR Erinnerung an Medikamenteneinnahme ja nein

Geistig

gut eingeschränkt unmöglich Beschreibung

Erinnerungsvermögen	<input type="text"/>
Personenbezogene Orientierung	<input type="text"/>
Örtliche Orientierung	<input type="text"/>
Situative Orientierung	<input type="text"/>
Zeitliche Orientierung	<input type="text"/>

Mentaler Zustand (Mehrfachnennung möglich)

aggressiv	ängstlich	anspruchsvoll	apathisch	aufgeschlossen	bestimmend
cholerisch	depressiv	freundlich	gereizt	innere Unruhe	instabil
launisch	skeptisch	teilnahmslos	vergesslich	Weglauff Tendenz	

Weitere Informationen

Kommunikation



Kann Bedürfnisse des Alltags mitteilen: ja nein

Dialekt: weitere Sprache(n):

Sprechen gut eingeschränkt unmöglich Beschreibung

Hören

Sehen

Weitere Informationen

Inkontinenz



Urostoma	Darmstoma	Harninkontinenz	Stuhlinkontinenz
Windeln	Einlagen	Anzahl der Wechsel pro Tag (circa)	<input type="text"/>
		Eigenständig	Unterstützung Unfähig Beschreibung

Toilettengang

Vorhandene Hilfsmittel

Toilettenstuhl Urinflasche Bettpfanne

Mobilität



Wie mobil ist der Patient

Uneingeschränkt mobil	Rollatorfähig/ Gehstock	Rollstuhlfähig mit Kraftunterstützung
Rollstuhlfähig	Bettlägerig	
	Eigenständig	Unterstützung Unfähig Beschreibung

Sitzen

Stehen

Gehen

Aufstehen/ Sitzen im Stuhl

Treppensteigen

Umbetten/ Umsetzen

Bewegung im Bett

Bettlägerig

ja nein **Sturzrisiko** ja nein

Beschreibung Sturzrisiko

Vorhandene Hilfsmittel

Rollator Badlifter Bettlifter Gehstock Anti-Dekubitus Matratze

Pflegebett Rollstuhl Treppenlifter



Hygiene

	Eigenständig	Unterstützung	Unfähig	Beschreibung
Duschen/ Baden				<input type="text"/>
Mundhygiene/ Prothesenpflege				<input type="text"/>
Rasieren				<input type="text"/>
Nagel-/ Fußpflege				<input type="text"/>
Haarpflege				<input type="text"/>
Waschen am Waschbecken				<input type="text"/>
Waschen im Bett				<input type="text"/>
Intimpflege				<input type="text"/>
An-/ Auskleiden				<input type="text"/>
Auswahl der Kleidung				<input type="text"/>

Vorhandene Hilfsmittel

Duschhocker Duschstuhl Handgriffe Wannendifter

Weitere Informationen

Essen & Trinken



	Eigenständig	Unterstützung	Unfähig	Beschreibung
Vorbereitung Mahlzeiten				<input type="text"/>
Nahrungsaufnahme				<input type="text"/>
Trinken				<input type="text"/>

Allergien/ Unverträglichkeiten

ja nein

Klassifikation/ Ernährungsstatus

Normal Untergewicht Übergewicht starkes Übergewicht

ja nein

Diät/ Ernährungsplan	<input type="text"/>
Kau-/ Schluckbeschwerden	<input type="text"/>
PEG Sonde	<input type="text"/>

Vorlieben/ Abneigungen



Tagesstruktur

Schlafrhythmus von Uhr bis Uhr
Aufwecken ja nein um Uhr
Zubettbringen ja nein um Uhr
Schlafstörungen ja nein Beschreibung

Nachteinsätze:

>2 1-2 pro Nacht nein selten Beschreibung

Medikamente:

ja nein Wenn ja, welche

Hilferuf durch:

Klingel Babyphone Hausnotruf/ Telefon

Tagesablauf

Morgens (zwischen 6:00 - 10:00 Uhr)

Vormittags (zwischen 10:00 - 14:00 Uhr)

Mittags (zwischen 14:00 - 18:00 Uhr)

Nachmittags (zwischen 14:00 - 18:00 Uhr)

Abends (zwischen 18:00 - 22:00 U)

Nachts (zwischen 22:00 - 6:00 Uhr)



Externe Dienstleistungen

Angehörige	Ergotherapeut	Podologe/ Med. Fußpflege	Reinigungsservice
Nachtpflege	Tagespflege	Nachbarschaftshilfe	Physiotherapeut
Pflegedienst	Andere		

Welche externen Dienstleistungen werden weitergeführt?

Welche Tätigkeiten werden von wem übernommen und wie häufig?

Pflegedienst

ja

nein

(Wenn ja, Kontaktdaten)

Name Agentur

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Hausarzt

ja

nein

(Wenn ja, Kontaktdaten)

Name Praxis

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail



Geschlecht

weiblich männlich egal

Führerschein

ja nein

Deutschkenntnisse

A0 (keine) A1 (Grund) A2 (mittel) B1 (gut) B2 (sehr gut)

Gewünschte Haushaltstätigkeiten durch die Betreuungskraft

Arztbesuche Behördengänge Freizeitgestaltung (Spiele, Vorlesen, Spaziergehen)
Aufräumen Blumen gießen Kochen
Ausflüge Bügeln Sauber machen

Weitere Haushaltstätigkeiten

Vorhandene Haushaltsgeräte

Geschirrspüler Waschmaschine Bügelbrett / Bügeleisen

Wer übernimmt das Einkaufen?

Pflegedienst (Einkaufsservice)
Betreuungskraft + Patient
Einkäufe werden online bestellt
Familie oder Bekannte

Vorname, Nachname

Betreuungskraft

Höhe des Wochenbudgets (Mindestens 80 Euro in der Woche!)

Wie sind die Einkaufsmöglichkeiten erreichbar?

zu Fuß (max. 10 min!)
per Fahrrad (max. 10 min!)
Öffentliche Verkehrsmittel (Kosten übernimmt Kunde!)
nur mit dem Auto

Wie wird die Finanzierung der Einkäufe geregelt?

Sonstige Wunsch-Anforderungen an die Betreuungsperson



Zuhause

Einfamilienhaus	Wohnung	Wohnfläche	<input type="text"/> qm	davon zu reinigen:	<input type="text"/> qm
Aufzug vorhanden	ja	nein	Internet vorhanden	ja	nein
Separates Bad	ja	nein	Separate Wohnung	ja	nein
Umgebung	ländlich	städtisch			

Fahrzeug/e

PKW	Modell	<input type="text"/>	Automatik	Gangschaltung
Fahrrad	E-Bike	Zugang zu öffentlichen	Transportmitteln	

Freizeitregelung der Betreuungskraft

1 Tag/ Woche	2 Tage/ Woche	2 halbe Tage/ Woche
nicht vereinbart	mehrere Std./ tägl.	

Wie wird die Betreuung während der Freizeit der Betreuungsperson überbrückt?

Haustier(e)

Katze	großer Hund	kleiner Hund	Vogel	Sonstige	<input type="text"/>
-------	-------------	--------------	-------	----------	----------------------

Weitere Informationen zum Haustier

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum

Unterschrift