



www.24pflegehilfe.eu

Fragebogen zur Dienstleistung

Unsere Serviceleistungen sind für Sie kostenlos und unverbindlich.

Allgemeine Angaben

Kontaktperson		Patient	
Anrede	Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/>	Anrede	Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/>
Name		Name	
Vorname		Vorname	
Adresse		Adresse	
Straße / Haus- Nr.		Straße / Haus- Nr.	
PLZ / Ort		PLZ / Ort	
Telefon (Privat)		Telefon (Privat)	
Telefon (Arbeit)		Telefon (Arbeit)	
Mobiltelefon		Mobiltelefon	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
E-Mail Adresse		Allein wohnend?	
Verwandtschaftsgrad		Größe (cm)	
Vertragspartner?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Gewicht (Kg)	
Rechnungsempfänger?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Raucher	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

Angaben zu 2. Kontaktperson / Notfallkontakt

Frau / Herr			
Name		Vorname	
Straße / Haus- Nr.		PLZ / Ort	
Telefon (Privat)		Telefon (Arbeit)	
Mobiltelefon		E-Mail Adresse	
Verwandtschaftsgrad		Vertragspartner?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

Angaben zum Hausarzt

Name		Vorname	
Straße / Haus- Nr.		PLZ / Ort	
Telefon		Fax	

Angaben zu der hilfsbedürftigen Person

Vorhandene Pflegestufe	Keine <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/>
Ist bereits ein Pflegedienst tätig?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Beantragt <input type="checkbox"/>
Falls „JA“ - wie oft ? (täglich)	
- für welche Tätigkeiten ?	
Wird weiterhin in Anspruch genommen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Gibt es zurzeit bereits eine Betreuung?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

Zeitliche Orientierung vorhanden?	JA <input type="checkbox"/> Zeitweise <input type="checkbox"/> Nicht <input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung vorhanden?	JA <input type="checkbox"/> Zeitweise <input type="checkbox"/> Nicht <input type="checkbox"/>
Persönliche Orientierung vorhanden?	JA <input type="checkbox"/> Zeitweise <input type="checkbox"/> Nicht <input type="checkbox"/>
Sprache - Kommunikation möglich?	Gut <input type="checkbox"/> Zeitweise <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/>
Hörvermögen - Kommunikation möglich?	Gut <input type="checkbox"/> Zeitweise <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/>
Sehvermögen	Gut <input type="checkbox"/> Zeitweise <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/>
Mobilität	Selbstständig <input type="checkbox"/> Mit Hilfe <input type="checkbox"/> Überw. im Rollstuhl <input type="checkbox"/> Bettlägerig <input type="checkbox"/>
Treppensteigen	Selbstst. <input type="checkbox"/> Mit Hilfe <input type="checkbox"/> Nicht mögl. <input type="checkbox"/>
Transfer Bett - Rollstuhl	Selbstständig <input type="checkbox"/> Mit Hilfe <input type="checkbox"/> Kompletts hilfbedürft. <input type="checkbox"/> Bettlägerig <input type="checkbox"/>
Vorhandene Hilfsmittel	Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	Wöchentlich <input type="checkbox"/> Täglich <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	Selbstständig <input type="checkbox"/> Mit Hilfe <input type="checkbox"/> Kompletts hilfbedürft. <input type="checkbox"/> Bettlägerig <input type="checkbox"/>
Körperpflege	selbstständig mit Hilfe kompl. Unterstütz.
Gesicht / Mundpflege / Zahnprothese	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haare waschen / kämmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	Selbstständig <input type="checkbox"/> Mit Hilfe <input type="checkbox"/> Kompletts hilfbedürftig <input type="checkbox"/>
Essen / Trinken	Selbstständig <input type="checkbox"/> Mit Hilfe <input type="checkbox"/> Kompletts hilfbedürftig <input type="checkbox"/>
Kau- u. Schluckstörungen	Keine <input type="checkbox"/> Störungen <input type="checkbox"/> PEG Sonde <input type="checkbox"/> Nahrungskarenz <input type="checkbox"/> Trinkkarenz <input type="checkbox"/>
Diät	Keine <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Welche:.....
Ein- / Durchschlafen	Keine Probleme <input type="checkbox"/> Sporadisch <input type="checkbox"/> Schlaf- / Wachrhythmus gestört <input type="checkbox"/>
Wie oft steht der Patient nachts auf?	Einmal <input type="checkbox"/> 2-3 Mal <input type="checkbox"/> Mehr als 3x <input type="checkbox"/>
Bekommt der Patient Schlafmittel?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Urinkontrolle / Hilfsmittel	Kontinenz <input type="checkbox"/> Teilw. Inkontinenz <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Windeln <input type="checkbox"/> Vorlagen <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> Bettpfanne <input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter <input type="checkbox"/>
Stuhlkontrolle	Kontinenz <input type="checkbox"/> Teilw. Inkontinenz <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/>
Diagnosen / Krankheiten – bitte eintragen:	
Alzheimer <input type="checkbox"/> MS-Patient <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Druckgeschwür <input type="checkbox"/> Herzkrankheit <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Bitte unten anführen	
Allergien:	
Einschränkungen:	
Besonderheiten:	
Beliebte Beschäftigungen:	
Weitere Person im Haushalt?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Weitere hilfbedürftige Person?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Falls „JA“ bitte einen zweiten Fragebogen ausfüllen.	
Hauswirtschaftliche Versorgung	
Bei welchen Personen wird die Hauswirtschaft ausgeführt	Patient <input type="checkbox"/> Kontaktperson <input type="checkbox"/> In den beiden Haushalten <input type="checkbox"/>
Personenanzahl	Nur Patient <input type="checkbox"/> Anzahl der Personen _____
Tätigkeiten:	
Einkaufen <input type="checkbox"/> Kochen <input type="checkbox"/> Essenszubereitung <input type="checkbox"/> Waschen <input type="checkbox"/> Bügeln <input type="checkbox"/> Reinigung /Putzen <input type="checkbox"/> Unterstützung, beim Waschen, Duschen, Baden, Eincremen, Mundpflege, Kämmen, Rasieren usw. <input type="checkbox"/> Hilfe bei Blasen- und Darmentleerung, Inkontinenzversorgung <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> Hilfestellung beim Gehen, Stehen, Treppen steigen, <input type="checkbox"/> Aktivierende Tätigkeiten, Spaziergänge <input type="checkbox"/> Arztbegleitung / individ. Fürsorge <input type="checkbox"/> Vorlesen /Ständ. Ansprechpartner <input type="checkbox"/> Lagern nach Plan <input type="checkbox"/> Überw. d. Medikamentengabe <input type="checkbox"/> Pflegedienst unterstützen <input type="checkbox"/> Weitere Hilfe wird benötigt? z.B. Gartenarbeit? <input type="checkbox"/>	

Arbeitspensum	
Betreuung / Hilfskraft wird benötigt ab Datum:	
Einsatzdauer in Monaten (bitte angeben)	1 Mon. <input type="checkbox"/> 2 Mon. <input type="checkbox"/> 3 Mon. <input type="checkbox"/> Unbestimmt <input type="checkbox"/> Oder: _____
Betreuungszeit pro Tag in Stunden	8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> Oder: _____
Nachteinsätze	Nein <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Häufig <input type="checkbox"/> Jede Nacht <input type="checkbox"/> Nicht bekannt <input type="checkbox"/>
Freizeit pro Tag in Stunden	1 – 2 <input type="checkbox"/> 2 – 3 <input type="checkbox"/> Nach Abspr. <input type="checkbox"/>
Freie Tage pro Woche	Keine <input type="checkbox"/> 1-1,5 <input type="checkbox"/> Nach Abspr. <input type="checkbox"/>
Anderer Vorschlag für die Freizeitregelung:	
Sollen Haustiere mitversorgt werden?	Keine <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Welche: _____
Ihre Anforderungen an die Betreuung	
Geschlecht / ca. Alter (Jahre)	Weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/> event. gewünschtes Alter: _____
Notwendige Sprachkenntnisse	ausreichend 3 <input type="checkbox"/> mittel 2 <input type="checkbox"/> gut 1 <input type="checkbox"/>
Medizinische Ausbildung	nicht notwendig <input type="checkbox"/> nicht maßgebend <input type="checkbox"/> notwendig <input type="checkbox"/>
Führerschein	notwendig <input type="checkbox"/> nicht notwendig <input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/>
Raucher / Raucherin	gestattet <input type="checkbox"/> nein bzw. nur im Freien) <input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/>
Weitere Anforderungen:	
Rahmenbedingungen	
Lage	Stadt, zentral <input type="checkbox"/> Stadt, abgelegen <input type="checkbox"/> Kleinstadt <input type="checkbox"/> Dorf <input type="checkbox"/> Ausserhalb <input type="checkbox"/>
Einkaufsmöglichkeit zu Fuß	10 Min. <input type="checkbox"/> 20 Min. <input type="checkbox"/> 30 Min. <input type="checkbox"/> 1 Std. <input type="checkbox"/> zu Fuß nicht möglich <input type="checkbox"/>
Wohnsituation / Anzahl Zimmer	Wohnung <input type="checkbox"/> EFH <input type="checkbox"/> MFH <input type="checkbox"/> Anzahl Zimmer <input type="checkbox"/>
Lage der Wohnung	KG <input type="checkbox"/> EG <input type="checkbox"/> 1.OG <input type="checkbox"/> 2.OG <input type="checkbox"/> 3.OG <input type="checkbox"/>
Gästezimmer Ausstattung	Bett <input type="checkbox"/> Tisch <input type="checkbox"/> Schrank <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/>
Anmerkungen:	
Bad / Dusche / WC	Bad / WC Mitbenutzung <input type="checkbox"/> eigenes Bad <input type="checkbox"/> Gäste WC <input type="checkbox"/>
Anmerkungen:	
Verpflegung	mit dem Patienten <input type="checkbox"/> zusammen mit der Familie <input type="checkbox"/> Selbstverpflegung erwünscht <input type="checkbox"/> (Mehrkosten)
Angehörige wohnen	im selben Haushalt <input type="checkbox"/> im selben Haus <input type="checkbox"/> weiter entfernt <input type="checkbox"/>
Angehörige kommt zu Besuch	1x wöch. <input type="checkbox"/> 2x wöch. <input type="checkbox"/> seltener <input type="checkbox"/> öfter <input type="checkbox"/>
Sonstige Mitteilungen:	
Ich versichere, das die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Dieser Fragebogen gilt (beim Vertragsabschluss) als Leistungsbeschreibung und ist damit Bestandteil des Vertrages zwischen Personal (als Auftragnehmer) und der Familie (als Auftraggeber). Hiermit bestätige ich, das die Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen habe.	
Ort, Datum	Unterschrift

Anhand Ihrer Angaben werden wir Ihnen einen unverbindlichen, auf Ihre persönlichen Bedürfnisse ausgerichteten Vorschlag unterbreiten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Unsere Serviceleistungen sind für Sie kostenlos und unverbindlich.

Wir bitten Sie, den Fragebogen ausgefüllt an uns zurückzusenden.

per Post an: Job Connect 24 GmbH, Taban u. 17, H - 2183 Galgamacs, Ungarn

per Fax an: 0036 (22) 58 80 82



per e-Mail an:

kontakt@24pflegehilfe.eu



www.24pflegehilfe.eu

Allgemeine Geschäftsbedingungen der Job Connect 24 GmbH,

I. Geltungsbereich

Im Geschäftsverkehr mit unserer Firma gelten ausschließlich die nachfolgenden Geschäftsbedingungen. Allgemeine Geschäftsbedingungen des Leistungsnehmers gelten nur insoweit, als Ihnen ausdrücklich zugestimmt wurde.

II. Leistungen der Job Connect 24 GmbH

Die Job Connect 24 GmbH vermittelt Pflegeleistungen für die Rund-um-die-Uhr-Betreuung im eigenen Heim. Vermittlungsgegenstand ist ein Vertrag über Pflegeleistungen mit Kooperationspartnern, die auf häusliche Pflege spezialisiert sind. Bei diesen Kooperationspartnern handelt es sich um freiberufliche Pflegekräfte und Haushaltshilfen aus Ungarn. Die Job Connect 24 GmbH selbst beschäftigt keine eigenen Pflegekräfte. Vertragsverhältnisse über Pflegeleistungen können daher nur unmittelbar mit den vermittelten Pflegekräften und Haushaltshilfen begründet werden.

Die Job Connect 24 GmbH stellt die Kontakte zwischen den freiberuflichen Pflegekräften und Haushaltshilfen und den Pflegebedürftigen her. Weiter übernimmt die Job Connect 24 GmbH die Vertragsverhandlungen zwischen dem Pflegebedürftigen und dem ausgesuchten Pflegekräften und Haushaltshilfen und steht dem Pflegebedürftigen - soweit gewünscht und notwendig - während der gesamten Laufzeit des begründeten Vertragsverhältnisses freiwillig - ohne dass dadurch ein Rechtsanspruch begründet wird - mit Rat und Tat zur Seite.

Der Vertragsschluss mit dem Auftragnehmer ist keine Garantie für das Zustandekommen des erwünschten Vertrages.

Der Auftraggeber erklärt sich bereit, alle Informationen, die für die Durchführung des Vermittlungsauftrages erforderlich sind, zur Verfügung zu stellen.

Das Einholen von Referenzen, Auskünften und Gutachten darf nur im Einverständnis mit dem Auftraggeber erfolgen. Auftragnehmer und Auftraggeber verpflichten sich, alle im Zusammenhang mit der Durchführung des Auftrages bekannt werdenden Umstände - gleich welcher Art - geheim zu halten und nicht an Dritte weiterzugeben. Von dieser Einschränkung ausgenommen sind Maßnahmen, die der Durchführung des zwischen dem Auftraggeber und Auftragnehmer abgeschlossenen Vertrages dienen.

III. Vergütung

Für die im Rahmen eines abgeschlossenen Vermittlungsvertrages von der Job Connect 24 GmbH erbrachten Leistungen hat der Vertragspartner keinerlei Vergütung zu bezahlen. Die Job Connect 24 GmbH wird von den vermittelten Pflegekräften und Haushaltshilfen unmittelbar vergütet.

Die Job Connect 24 GmbH übernimmt für vermittelte Pflegekräfte und Haushaltshilfen gegenüber dem Kunden die Rechnungsstellung und das Inkasso.

IV. Haftung

Die Job Connect 24 GmbH vermittelt ausschließlich eine Pflegekraft oder Haushaltshilfe. Leistungsstörungen aus dem vermittelten Pflegevertrag sind von der Job Connect 24 GmbH nicht zu vertreten.

V. Beendigung des Vertragsverhältnisses

Der Vermittlungsvertrag endet durch Kündigung oder durch den Tod des Pflegebedürftigen. Der Vermittlungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 14 Tagen zum Monatsende gekündigt werden. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen. Eine sofortige Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

VI. Haftung / Gewährleistung

Mit Abschluss des vermittelten Vertrages zwischen dem Auftraggeber und dem Dritten übernimmt der Auftraggeber die alleinige Verantwortung für seine Entscheidung. Haftungsansprüche gegenüber dem Auftragnehmer bestehen nicht.

VII. Verjährung

Sämtliche gegenseitigen Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren in einem Jahr. Diese einjährige Verjährungsfrist gilt jedoch nicht in Fällen des Vorsatzes, bei einer grob fahrlässigen Pflichtverletzung, bei Verletzung wesentlicher Vertragspflichten oder in Fällen der Verletzung des Lebens, der Gesundheit, des Körpers oder der Freiheit.

Im Übrigen gelten die gesetzlichen Verjährungsvorschriften.

VIII. Datenschutz

Es gilt §4a Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Jeder Vertragspartner ist verpflichtet, die in Verbindung mit der Zusammenarbeit erhaltenen Informationen, Daten und Dokumente des anderen Vertragspartners vertraulich zu behandeln und diese Verpflichtung auch den mit dem Datenaustausch befassten eigenen Mitarbeitern sowie allen Dritten aufzuerlegen, die an der Durchführung dieser Vereinbarung mitwirken. Alle ausgetauschten Daten dürfen nur im Rahmen der Geschäftsverbindung zwischen den Vertragsparteien genutzt werden.

Die oben stehenden Regelungen zum Datenschutz gelten auch für die Zeit nach Beendigung einer Zusammenarbeit. Alle Unterlagen der Auftraggeber, die dem Auftragnehmer zur Verfügung gestellt werden, sind Eigentum des Auftraggebers.

Alle dem Auftragnehmer zur Verfügung gestellten Daten werden ausschließlich für die beauftragte Vermittlung genutzt. Der Auftraggeber gibt mit Unterzeichnung des Vermittlungsauftrages nach Maßgabe des §4a BDSG seine Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner personenbezogenen Daten bzw. von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen und gestattet dem Auftragnehmer, alle ihm zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten nach Abschluss der Vermittlungstätigkeit zu löschen bzw. zu vernichten. Die übrigen Geschäftsunterlagen des Auftragnehmers sind nach Abschluss der Vermittlungstätigkeit drei Jahre aufzubewahren. Personenbezogene Daten sind nach Ablauf der Aufbewahrungspflicht zu löschen. Die Verwendung von Geschäftsunterlagen ist zur Wahrnehmung berechtigter Interessen des Vermittlers zulässig.

IX. Widerrufsrecht

Unser Vertragspartner kann seine schriftliche Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt einer Widerrufsbelehrung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an: Job Connect 24 GmbH, Taban utca 17, H 2183 Galgamacs, Ungarn, Telefax: 0036 (22) 58 80 82, E-Mail: kontakt@24pflegehilfe.eu

X. Nebenabreden Gerichtsstand / Anzuwendendes Recht

Änderungen und Ergänzungen von Verträgen einschließlich der Änderung dieser Klausel bedürfen der Schriftform. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Unter den Voraussetzungen des § 38 ZPO wird als Gerichtsstand Budapest / Ungarn vereinbart. Ansonsten ist Erfüllungsort und Gerichtsstand der Ort, an dem der Pflegebedürftige seinen Wohnsitz hat. Über das Vertragsverhältnis entscheidet ausschließlich ungarisches Recht unter Ausschluss des UN-Kaufrechts und des Internationalen Privatrechts.

XI. Sonstiges

Sollten einzelne Bestimmungen von Verträgen unwirksam sein oder werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im übrigen nicht berührt. Die Parteien verpflichten sich, eine dadurch entstehende Lücke durch eine wirksame Regelung auszufüllen, die in ihrem Regelungsgehalt dem wirtschaftlich gewollten Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung und des Vertrages möglichst nahe kommt.

Stand der AGB ist der 01.01.2010

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, das ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen habe und damit einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift