

Vermittlungsauftrag

Hiermit beauftrage ich iCare24 mit der Vermittlung eines Dienstleistungsvertrages eines polnischen Partnerunternehmens zur Seniorenbetreuung im Privathaushalt in Deutschland. Dieser Schritt ist für mich kostenlos und unverbindlich. Kosten für Vermittlung und Betreuung fallen für mich erst im Falle der Unterzeichnung eines Dienstleistungsvertrages an.

Auftraggeber

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ und Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Vermittler

iCare24

Magdalena Middendorf

Hafenstr. 8a

67346 Speyer

Telefon: 06232 - 9108150

Fax: 03212 - 1491861

E-Mail: info@icare24.com

Internet: www.icare24.com

Umsatzsteuer-ID: DE282567311

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Auftraggebers

Folgende AGB gelten beiderseits als anerkannt:

I Geltung

Für alle Geschäftsvorfälle zwischen iCare24 Magdalena Middendorf und dem Auftraggeber gelten ausschließlich die nachfolgenden Allgemeinen Geschäftsbedingungen. Sollte eine oder mehrere Bedingungen ganz oder teilweise unwirksam sein, so werden andere Bestimmungen und deren Wortlaut sowie Bedeutung hiervon nicht berührt. Nebenabreden, Änderungen des Vertrages bedürfen einer schriftlichen Bestätigung.

II Vertragsgegenstand/Leistung des Vermittlers

Der Vertragsgegenstand ist die Vermittlung eines Dienstleistungsvertrages über häusliche Betreuungsleistung in einem Seniorenhaushalt mit einem ausländischen Unternehmen aus der EU. Die eigentliche Leistungserbringung und Abrechnung erfolgt direkt mit dem polnischen leistungserbringenden Unternehmen. iCare24 Magdalena Middendorf ist bevollmächtigt, im Namen des leistungserbringenden Unternehmens nach Rücksprache Verträge abzuschließen. Der Vermittler übernimmt jedoch keine Garantie für das tatsächliche Zustandekommen eines entsprechenden Dienstleistungsvertrages. Der Vermittlungsauftrag kann jeder Zeit durch beide Seiten vor dem Abschluss eines Dienstleistungsvertrages kostenfrei gekündigt werden. Die eigentliche Tätigkeit des Vermittlers beginnt, nachdem der Auftraggeber den entsprechenden Vermittlungsauftrag und den Fragebogen zur Vermittlung einer polnischen Betreuungskraft ordnungsgemäß ausgefüllt und unterschrieben hat. Anhand der vom Auftraggeber gemachten Angaben, ermittelt der Vermittler geeignete Betreuungskräfte zur Auswahl. Sobald sich der Auftraggeber für eine Betreuungskraft entschieden hat, ist ein entsprechender Vertrag zwischen Auftraggeber und dienstleistendem Unternehmen abzuschließen (Dienstleistungsvertrag). Hier handelt es sich um einen eigenständigen Vertrag zwischen den beiden Parteien. iCare24 wird lediglich als Vermittler tätig und steht dem Auftraggeber bei Vertragsabschluss beratend zur Seite.

III Kosten des Vermittlungsauftrags

Die Gebühren für die Vermittlung eines Dienstleistungsvertrags und Kundenbetreuung betragen 850 € jährlich und sind unmittelbar nach Abschluss des Dienstleistungsvertrages bzw. einer Vertragsverlängerung fällig. Eine Vertragsbeendigung vor Ablauf eines Jahres berechtigt nicht zur vollen oder anteiligen Rückerstattung. Vor bzw. ohne Abschluss eines Dienstleistungsvertrages sind die Leistungen des Vermittlers für den Auftraggeber kostenfrei. Die Gebühr wird beim Personalwechsel im Vertragsverlauf nicht erneut fällig. Erst nach Vertragsverlängerung und Weiterführung über 12 Monate hinaus ist eine neue Jahresgebühr zu entrichten. Die Jahresgebühr ist nach Eintritt der Fälligkeit innerhalb von 10 Tagen zu überweisen.

IV Allgemeines

iCare24 Magdalena Middendorf ist ausschließlich als Vermittler tätig und übernimmt keine Haftung aus dem Dienstleistungsvertrag zwischen dem Auftraggeber und dem dienstleistenden Unternehmen. Leistungsstörungen aus dem vermittelten Dienstleistungsvertrag, eventuelle Zeitverzögerungen oder durch die Betreuungskraft verursachte Schäden sind vom Vermittler nicht zu vertreten. Die Haftung hierzu erfolgt ausschließlich aufgrund der Regelungen im Dienstleistungsvertrag.

V Datenschutz

Der Vermittler ist berechtigt in Rahmen der Vermittlung kundenspezifisch erhobene Daten zu speichern und weiterverarbeiten. Weitere Verwendungsarten außerhalb der eigentlichen Tätigkeit sind ohne vorherige Genehmigung des Kunden nicht erlaubt. Die Kundendaten bleiben für die Zeit eines Vermittlungsvorganges und Vertragsverhältnisses gespeichert. Weitere Speicherungen darüber hinaus erfolgen zu Buchungszwecken.

Umgekehrt verpflichtet sich der Auftraggeber persönliche Daten von allen ihm vorgeschlagenen Betreuungskräften nicht an Dritte weiterzuleiten und sie nicht selbst direkt anzuwerben. Sollte das trotzdem geschehen wird eine zusätzliche gesonderte Vertragsstrafe in Höhe von 1000 € zuzüglich zu den 850 € Vermittlungskosten brutto sofort fällig. Der Auftraggeber verpflichtet sich auch die Verträge vertraulich zu behandeln und der Betreuungskraft keine Einsicht in die zur Verfügung gestellten Unterlagen zu gewähren.

VI Mitwirkungspflichten des Auftraggebers

Der Auftraggeber verpflichtet sich zur Einhaltung der Rahmenbedingungen der Dienstleistungsfreiheit. Er hat den Fragebogen zur Vermittlung einer polnischen Betreuungskraft vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen auszufüllen. Der Auftraggeber versichert, dem Vermittler alle weiteren notwendigen Informationen und eventuellen Veränderungen im Laufe des Vertrages mitzuteilen.

VII Gerichtsstand

Ausschließlicher Gerichtsstand für alle sich aus diesem Vertragsverhältnis ergebenden Streitigkeiten ist das für den Wohnsitz des Vermittlers zuständige Gericht.

Zu betreuende Person / PatientName Vorname Geburtsdatum: Gewicht (kg): Körpergröße (cm): **weitere hauswirtschaftlich zu versorgende Person**

Soll die zweite Person nicht nur hauswirtschaftlich, sondern auch pflegerisch versorgt werden, füllen Sie bitte zwecks Erfassung der unterschiedlichen Gesundheitszustände und Betreuungssituationen zwei getrennte Fragebögen aus. Es wird später trotzdem nur ein gemeinsamer Dienstleistungsvertrag aufgesetzt.

Name Vorname **Einsatzort**Straße PLZ & Ort Telefon Mobil E-Mail **Bevorzugter Ansprechpartner**Name Vorname Straße PLZ & Ort Telefon Mobil E-Mail **Rechnungsempfänger (falls abweichend vom Auftraggeber der Seite 1)**Name Vorname Straße PLZ & Ort Telefon Mobil E-Mail

Teil 1 Beschreibung der Betreuungssituation

1. Lebt die zu betreuende Person alleine?

ja

nein, im Haushalt wohnen noch:

2. Wo wohnen die nächsten Angehörigen?

3. Wer und wie oft kommt zu Besuch?

4. Pflegegrad:

Keiner

Bereits eingestuft in

Pflegegrad I Pflegegrad II Pflegegrad III Pflegegrad IV Pflegegrad V

Antrag gestellt auf

Pflegegrad I Pflegegrad II Pflegegrad III Pflegegrad IV Pflegegrad V

5. Welche gesundheitlichen Merkmale hat die zu betreuende Person?

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	Geistig behindert	<input type="checkbox"/>
MS-Patient	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	Gehbehindert	<input type="checkbox"/>	Stoma	<input type="checkbox"/>
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	Speiseröhre	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>	Dekubitus	<input type="checkbox"/>	Desorientierung	<input type="checkbox"/>	Tumor	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Andere Beschwerden (welche?):

6. Wie ist der Geisteszustand der zu betreuenden Person?

7. Leidet sie an Demenz?

- Ja
- Nein (bitte gehen Sie zu Frage 10)

8. Welches Stadium hat die Demenz?

- Anfangsstadium
- Mittlere Demenz
- Fortgeschrittene Demenz

Bitte beschreiben Sie das Krankheitsbild:

9. Wie ist der Verlauf der Nachtruhe?

ungestört	<input type="checkbox"/>	gelegentlich gestört	<input type="checkbox"/>	erhebliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	regelmäßige Betreuung	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	----------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

10. Ist Unterstützung in der Nacht durch die Betreuungskraft notwendig?

- ja (wie soll sie ablaufen?)
- nein

11. Mobilität (Bitte kreuzen Sie jeweils in jeder Zeile das Zutreffende an):

Bewegung	selbstständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	überwiegend im Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	bettlägerig	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	selbstständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Rollstuhl/Bett	selbstständig	<input type="checkbox"/>	Hilft mit	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>	bettlägerig	<input type="checkbox"/>
Spazieren gehen	selbstständig	<input type="checkbox"/>	Mit Rollator	<input type="checkbox"/>	im Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	unmöglich	<input type="checkbox"/>

12. Muss der Patient/die Patientin gehoben werden?

- ja (wie und wie oft am Tag?)
- teilweise, leichte Unterstützung beim Aufstehen
- nein

13. Sind Hilfsmittel vorhanden (bitte Zutreffendes ankreuzen)?

Aufstehhilfe	<input type="checkbox"/>	Toilettenerhöhung	<input type="checkbox"/>	Patientenlift	<input type="checkbox"/>	Pflegebett	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>	Duschstuhl	<input type="checkbox"/>	Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>
Badewannenlift	<input type="checkbox"/>	Treppenlift	<input type="checkbox"/>	Haltegriffe im Bad	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

14. Kann der Patient selbstständig, mit Hilfe oder gar nicht folgende Tätigkeiten durchführen?

Waschen/Baden	selbstständig	<input type="checkbox"/>	mit Hilfe	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	selbstständig	<input type="checkbox"/>	mit Hilfe	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
Toilette	selbstständig	<input type="checkbox"/>	mit Hilfe	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	selbstständig	<input type="checkbox"/>	mit Hilfe	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	selbstständig	<input type="checkbox"/>	mit Hilfe	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>

Weitere benötigte Tätigkeiten der Grundpflege

15. Bitte beurteilen Sie die Kommunikationsfähigkeiten des Patienten:

Sprechen	Vollständig erhalten	<input type="checkbox"/>	eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	verloren	<input type="checkbox"/>
Hören	Vollständig erhalten	<input type="checkbox"/>	eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	verloren	<input type="checkbox"/>
Sehen	Vollständig erhalten	<input type="checkbox"/>	eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	verloren	<input type="checkbox"/>
Verstehen	Vollständig erhalten	<input type="checkbox"/>	eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	verloren	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel: Hörgerät Ja Nein Brille Ja Nein

16. Beschreiben Sie bitte kurz die zu betreuende Person (Charakter, Angewohnheiten):

Teil 2 Hauswirtschaftliche Versorgung

1. Welche Arbeiten im Haushalt sollen erledigt werden (bitte ankreuzen):

Kochen	<input type="checkbox"/>	Saubermachen	<input type="checkbox"/>	Einkaufen	<input type="checkbox"/>	Waschen	<input type="checkbox"/>
Bügeln	<input type="checkbox"/>	Pflanzenpflege	<input type="checkbox"/>	Haustiere	<input type="checkbox"/>	Aufräumen	<input type="checkbox"/>
Weitere Tätigkeiten							

2. Der Patient wohnt im

Haus

Wohnung in der Etage

3. Wie groß sind die Flächen zum Sauberhalten?

ca. qm verteilt auf Wohnräume

Küche Bäder/WC

4. Wo wohnt der Patient?

in einer Stadt auf dem Lande

Die nächste größere Stadt ist km entfernt.

5. Wie sollen die Einkäufe erledigt werden?

zu Fuß

mit dem Auto

mit dem Fahrrad

Teil 3 Einsatzplanung

1. Zeitrahmen

Gewünschter Einsatzbeginn:

2. Betreuungskraft

Kräftige Person: ja, da schwergewichtiger Patient egal

Geschlecht: weiblich männlich egal

3. Preiskategorien

Aus folgenden Preiskategorien wünsche ich mir Vorschläge (jeweils inkl. Fahrtkosten)

- Bronze: ab 2.300€ / monatliche Betreuungskosten
- Silber: ab 2.600€ / monatliche Betreuungskosten
- Gold: ab 2.900€ / monatliche Betreuungskosten

Die folgenden Angaben auf dieser Seite dienen der Ermittlung der effektiven Kosten und sind nicht Vertragsbestandteil. In Beratungsgesprächen können wir aber darauf Bezug nehmen.

abzüglich Pflegegeld (abzurechnen mit Pflegekasse anhand Agenturrechnungen)

- 347€ / Monat bei Pflegegrad 2
- 599€ / Monat bei Pflegegrad 3
- 800€ / Monat bei Pflegegrad 4
- 990€ / Monat bei Pflegegrad 5

abzüglich Steuervorteil haushaltsnahe Dienstleistungen von 4.000€ / Jahr

- 333€ / Monat

abzüglich Verhinderungspflege bis 1.685€ / Jahr (ab Pflegegrad 2)

- 140€ / Monat

abzüglich Umwandlung Kurzzeitpflege in Verhinderungspflege 50% von 1.685€ = 843€ / Jahr

- 70€ / Monat

- ✓ Alle unsere Betreuungskräfte haben bereits Erfahrung im Bereich Seniorenbetreuung.
- ✓ Wir präsentieren Ihnen die Betreuungskräfte mittels eines aussagekräftigen Profils.
- ✓ Die Endpreise hängen vom Betreuungsumfang (u.a. Pflegegrad) sowie der Qualifikation der Betreuungskraft ab.
- ✓ Spezielle Anforderungen (z.B. regelmäßiges nächtliches Aufstehen oder Betreuung von 2 Personen) haben ebenfalls Einfluss auf die Endpreise.

Teil 4 Sonstiges

1. Wie wird die Betreuungskraft untergebracht?

Eigenes möbliertes Zimmer

Getrenntes Bad Gemeinsames Bad

TV im Zimmer Radio im Zimmer

Darf in der Wohnung geraucht werden? Ja Nein

2. Gibt es einen Internetzugang?

Ja Kann auf Wunsch eingerichtet werden

Nein

3. Kommt zu dem Patienten ein Pflegedienst?

Wir raten dazu, derzeitig eingesetzte Pflegedienste auch weiterhin in Anspruch zu nehmen.

Ja Falls ja:

Welcher Pflegedienst?

Welche Leistungen werden weiterhin vom Pflegedienst übernommen?

Nein

4. Weitere derzeit eingesetzte externe Hilfen

Tagespflege Demenzcafé Hausnotruf

Betreuungs-/Besuchsdienst

Sonstige:

5. Ist der Patient schon ein Mal im Altersheim gewesen?

Ja Nein

6. Haben Sie schon „24 Stunden-Betreuung“ in Anspruch genommen?

Ja Nein

7. Wie sind Sie auf iCare24 aufmerksam geworden?

Internet Werbeplakat (wo?)

Presse Flyer (woher?)

Pflegedienst Empfehlung von

Sozialstation Andere

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Fragebogen vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben können zu Mehrkosten oder Vertragskündigung führen. Der Fragebogen wird auch Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Ort und Datum Unterschrift

