

## 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:

.....

### **Ort, Datum**

.....

### **Unterschrift des Auftraggebers**

### **Vermittler**

iCare24  
Magdalena Middendorf  
Winternheimer Str. 22  
67346 Speyer  
Telefon: 06232-9108150  
Fax: 03212-1491861

E-Mail: [info@icare24.com](mailto:info@icare24.com)

Internet: [www.icare24.com](http://www.icare24.com)

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer:  
DE282567311

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 polnischen Unternehmen. 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 Dienstleistungsvertrag zwischen Leistungsnehmer/erbringer und Leistungsgeber abzuschließen. 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 Vermittlungskosten**

Die Vermittlungskosten betragen 850 € jährlich einmalig brutto für bis zu 12 Monate und entlohnen die Vermittlung des Dienstleistungsvertrages. Sie sind unmittelbar nach dem Abschluss eines Dienstleistungsvertrages fällig. Vor Abschluss eines Dienstleistungsvertrages sind die Leistungen des Vermittlers für den Auftraggeber kostenfrei. Das Vermittlungshonorar wird beim Personalwechsel im Vertragsverlauf oder auch beim Wechsel zu einer anderen leistungserbringenden Firma innerhalb des Vertragszeitraums nicht erneut fällig. Erst nach Vertragsverlängerung und Weiterführung über 12 Monate hinaus ist eine neue Gebühr zu entrichten. Das Vermittlungshonorar ist nach Eintritt der Fälligkeit innerhalb von 7 Tagen nach der Rechnungsstellung zu überweisen.

## **IV Allgemeines**

iCare24 Magdalena Middendorf ist ausschließlich als Vermittler tätig und übernimmt keine Haftung aus dem Dienstleistungsvertrag zwischen dem Auftraggeber und dem polnischen Leistungsunternehmen. 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.

## Kontaktdaten

### 1. Die zu betreuende Person/Personen:

Name  Vorname  Alter:  Gewicht:  kg

Name  Vorname  Alter:  Gewicht:  kg

Straße

PLZ & Ort

Tel/Fax

Handy

E-Mail

### 2. Ansprechpartner (wenn anders als Punkt 1)

Name  Vorname

Straße

PLZ & Ort

Tel/Fax  Handy

E-Mail

### 3. Kunde (Vertragspartner und Rechnungsempfänger)

Name  Vorname

Straße

PLZ & Ort

Tel/Fax  Handy

E-Mail

**Teil I Beschreibung der Betreuungssituation**

**1. Lebt die zu betreuende Person alleine?**

ja

nein (wer wohnt im gemeinsamen Haushalt?):

**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"/>	Demenz	<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"/>	Depression	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Andere Beschwerden (welche?):

**6. 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"/>
-----------	--------------------------	----------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

**7. Ist Unterstützung in der Nacht notwendig?**

ja (wie soll sie ablaufen?)

nein

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

<b>Bewegung</b>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	überwiegend im Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Bettlägerig	<input type="checkbox"/>
<b>Treppensteigen</b>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Transfer Rollstuhl/Bett</b>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	Hilft mit	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>	bettlägerig	<input type="checkbox"/>
<b>Spazieren gehen</b>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	Mit Rollator	<input type="checkbox"/>	im Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Nicht möglich	<input type="checkbox"/>

**9. Sind Hilfsmittel vorhanden (bitte Zutreffendes ankreuzen)?**

Hebegurt	<input type="checkbox"/>	Hebesitz	<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"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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

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

Werden andere grundpflegerische Tätigkeiten benötigt?

**11. Bitte beurteilen Sie die Kommunikationsfähigkeiten des Patienten:**

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

**Hilfsmittel:** Hörgerät   nein **Brille**  ja  nein

**12. 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"/>	Fenster putzen	<input type="checkbox"/>	Pflanzenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Tätigkeiten:

**2. Der Patient wohnt im**

Haus

Wohnung in der  Etage

**3. Wie groß sind die Flächen zum Sauberhalten?  qm**

**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 Erwartungen an die polnische Betreuerin**

**1. Anforderungen**

- I. Einsatzbeginn:
- II. Voraussichtlicher Einsatzdauer:
- III. Alter:  25-30     30-40     40-50     50-60     egal
- IV. Kräftige Person:  ja, da schwergewichtiger Patient     egal
- V. Geschlecht:  weiblich     männlich     egal
- VI. Referenzen:  wichtig     gerne gesehen     egal
- VII. Führerschein:  wichtig     gerne gesehen     egal
- VIII. Nichtraucherin:  wichtig     egal
- IX. Deutschkenntnisse / Preise (gültig ab Mindestlohneinführung 1.1.2015)
  - Kaum Deutsch (ab 1550€)
  - Grundkenntnisse (ab 1650€)
  - Kommunikatives Deutsch (ab 1800€)
  - Gutes Deutsch (ab 1950€)
  - Sehr gutes Deutsch (ab 2000€)

Alle unsere Betreuungskräfte haben bereits Erfahrung im Bereich Seniorenbetreuung.

Die Endpreise hängen von Deutschkenntnissen, der beruflichen Erfahrung, sowie vom Betreuungsumfang ab. Spezielle Anforderungen wie Fachpersonal (Krankenschwester), nächtliches Aufstehen, Betreuung von 2 Personen (Ehepaar) haben ebenfalls Einfluss auf die Endpreise.

**2. Gibt es einen Zugang zum Internet?**

ja

nein

**3. Wie wird die Betreuungskraft untergebracht?**

(z.B. eigenes Zimmer, mit/ohne/Art der Möblierung, getrenntes/gemeinsames Bad, etc.)

**4. Kommt zu dem Patienten ein Pflegedienst?**

ja (welche Leistungen?)

nein

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

**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

Flyer (woher?)

Presse

Empfehlung von

Pflegedienst

Andere

Sozialstation



Ich versichere, dass die Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Dieser Fragebogen wird auch Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Ort und Datum ..... Unterschrift .....