



Pferdemarkt 4
17207 Röbel

PFLEGE GmbH

Telefon: 039931/51000
Telefax: 039931/51002
IK 461302085
info@avicena.de

Serviceleistungen

Sehr geehrte/er Kundin/Kunde, Name. _____

Kranken- und Pflegekassen decken einen Großteil der erforderlichen Hilfen ab.
Beide Versicherungen kennen aber klare Grenzen ihrer Zuständigkeit.

Wir schließen Lücken. Auf Grund der hohen Nachfrage bieten wir Ihnen unsere Serviceleistungen an:

Organisatorisches

Preis/Leistung

<input type="checkbox"/>	Beantragung häuslicher Krankenpflege (Beschaffung von Verordnungen)	6,00 €
<input type="checkbox"/>	Chipkarte zum Arzt	6,00 €
<input type="checkbox"/>	Besorgung und Weiterleitung von Überweisungen, Rezepten, Medikamenten u.ä.	6,00 €
<input type="checkbox"/>	Apothekeneinkauf ohne Rezept	6,00 €
<input type="checkbox"/>	Beratung und Besorgung von Pflegehilfsmitteln aus dem Sanitätshaus	6,00 €
<input type="checkbox"/>	Vereinbarungen von Terminen (Physiotherapie, Hausnotruf, Fußpflege, Friseur u.ä.)	2,40 €
<input type="checkbox"/>	Vereinbarung von Terminen über Haustelefon PKD	0,60 €
<input type="checkbox"/>	kleiner Einkauf ohne Pflegegrad	2,40 €
<input type="checkbox"/>	großer Einkauf ohne Pflegegrad	12,00 €
<input type="checkbox"/>	Behördengänge, Geldabholung, Kontoauszüge, Bibliothek, Anträge einholen u.ä.	2,40 €
<input type="checkbox"/>	Geplanter Einsatz ohne Abmeldung	6,00 €

Haushaltsservice

Preis/Leistung

<input type="checkbox"/>	Lüften, Bett machen, Bett des Ehepartners machen	0,60 €
<input type="checkbox"/>	Müllentsorgung	0,60 €
<input type="checkbox"/>	Briefkasten leeren (mit Umweg)	0,60 €
<input type="checkbox"/>	Abwaschen	0,60 €
<input type="checkbox"/>	Bett beziehen, Bett des Ehepartners beziehen	1,20 €
<input type="checkbox"/>	Mülltonne rausstellen	1,20 €
<input type="checkbox"/>	Reinigung des Wohnbereiches, Reinigung des Treppenhauses, Fenster putzen u.a.	31,25 €/ Std.

Kleinere Wartungsarbeiten

Preis/Leistung

<input type="checkbox"/>	Glühlampen wechseln, Batterien austauschen, Kleidungsreparatur, Wäschepflege, Wäschepflege des Ehepartners, Schnee fegen, u.ä.	2,40 €
--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------

Zusätzliche Hilfeleistungen, außerhalb SGB XI

Preis/Leistung

<input type="checkbox"/>	Haare eindrehen, Haare färben, Schminken, Nagelpflege, u.ä.	6,00 €
<input type="checkbox"/>	Hilfe beim An- oder Ausziehen	2,40 €
<input type="checkbox"/>	Sicherheitsbesuch (ab 10 km Anfahrt + 3,50 € Fahrpauschale)	2,40 €
<input type="checkbox"/>	Hautpflege (z.B. Eincremen der Beine)	1,20 €

<u>Kontrolle der Vitalwerte außerhalb der ärztlichen Anordnung</u>	<u>Preis/Leistung</u>
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	1,20 €
<input type="checkbox"/> Blutdruckmessung, Pulskontrolle	1,20 €
<input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle	1,20 €

<u>Ärztliche Zuarbeit außerhalb der verordneten Leistungen</u>	<u>Preis/Leistung</u>
<input type="checkbox"/> Blutabnahme anschließend Übergabe in der Arztpraxis	12,00 €
<input type="checkbox"/> Urinabnahme anschließend Übergabe in der Arztpraxis	7,20 €

<u>Begutachtungen/ Einstufungen</u>	<u>Preis/Leistung</u>
<input type="checkbox"/> Vorbereitung auf eine Begutachtung, Kontakt mit dem MDK, Präsenz bei der Begutachtung, evtl. Widerspruch	35,00 €

<u>Hausnotruf</u>	<u>Preis/Leistung</u>
<input type="checkbox"/> Einsatz bei Auslösung des Hausnotrufes	35,00 €
<input type="checkbox"/> Einsatz nach 20.00 Uhr ohne Hausnotruf	12,00 €

Gern sind wir bereit **ihre individuellen Wünsche** zu berücksichtigen. Bitte sprechen Sie uns an:

Ja, ich möchte Ihr Angebot annehmen und beauftrage den Pflegedienst ab _____ die angekreuzten Leistungen zu erbringen.

Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung – SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger AVICENA Pflege GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen wiederkehrenden Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: _____

Kreditinstitut: _____

Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen