



H&S Dienstleistungen im
Gesundheits- & Sozialwesen

Kurzes Geländ 6 · 86156 Augsburg
Tel. (0821) 90 76 33-3
Fax (0821) 90 76 33-5
info@hs-digs.de · www.hs-digs.de



■ Beratung ■ Coaching

Zertifiziert nach  TAW Cert GmbH
DIN EN ISO 9001 Cert.-Nr.: 35 03 01 04

Analyse Personaleinsatz/Dienstplanmodell in stationären Pflegeeinrichtungen

Mit der Zielsetzung eines flexiblen und bewohnerorientierten Arbeitszeit-/Dienstplanmodells. Die Analyse umfasst dabei ...

§ den Personalabgleich,

§ die Ausfallzeiten,

§ die Schichtabläufe sowie

§ Arbeitszeitanalysen des Pflegeaufwandes je Wohn-/Pflegebereich.

Abschließend erhalten Sie eine Auswertung der Ist-Situation mit einer Strategieempfehlung zur effizienten Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung.

Zielgruppe

Unser Angebot richtet sich an stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen, die bereits heute ihren aktuellen Standort zum Verfahren der Qualitätsrichtlinie erkennen und weiter bestimmen wollen.

Zeitlicher Ablauf und Durchführung

Wir vereinbaren zusammen einen Termin, wobei sich der zeitliche Rahmen nach der Größe Ihrer Einrichtung bemisst. Ausschlaggebend ist die Anzahl der versorgten Klienten bzw. Bewohner. Jede Analyse führt bei uns standardmäßig ein personalzertifizierter Auditor durch. Zeitgleich mit dem detaillierten Abschlussbericht erfolgt die Rechnungsstellung.

Haben Sie Interesse an dieser Leistung?

Antworten Sie uns einfach mit dem beiliegenden Faxformular, wir unterbreiten Ihnen gerne ein individuelles Angebot.

Sie können dieses Angebot mit weiteren Leistungen kombinieren. So unterstützen wir Sie auf Wunsch bei den Folgeaufgaben:

- Gemeinsames Erarbeiten Ihres Umsetzungskonzepts
- Gezieltes Begleiten bei den einzelnen Umsetzungsschritten
- Schulung Ihrer Mitarbeiter

Machen Sie sich einen ersten Eindruck über die Referenzen unserer Kunden auf www.hs-digs.de

Fax - Anfrage: 08 21 / 9 07 63 35

H&S Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialwesen, Kurzes Geländ 6, D-86156 Augsburg

Beratung/Coaching/Seminar:

r Bitte senden Sie ein unverbindliches Angebot für folgende Leistung

r Ich habe noch weitere Fragen und bitte um Kontaktaufnahme unter Telefon:

_____/_____
Telefon

Ansprechpartner / Position

r Ambulanter Pflegedienst

Mitarbeiterstellen / Vollzeit

r Stationäre Pflegeeinrichtung

Anzahl Pflegeplätze

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

Telefon und Fax

oder Firmenstempel:

Datum, Unterschrift