



H&S Dienstleistungen im
Gesundheits- und Sozialwesen

Kurzes Gelände 6 · 86156 Augsburg
Tel. (08 21) 9 07 63 33
Fax (08 21) 9 07 63 35
Info@hs-digs.de · www.hs-digs.de



Dienstleistungen im Gesundheits- & Sozialwesen

■ **Beratung** ■ **Coaching**

Dokumentenprüfung von „Leitbild und Pflegekonzept“

Übersichtsprüfung der Unternehmensphilosophie und konzeptionelle Darlegung der Pflege

Geprüft werden das von Ihnen eingereichte Pflegeleitbild und das Pflegekonzept auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie auf Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften und Maßgaben des MDK.

Leistungen

- Prüfung des eingereichten Pflegeleitbildes
- Prüfung des eingereichten Pflegekonzeptes
- Bericht mit Darstellung eventueller Mängel und entsprechenden Maßnahmenvorschlägen

Zielgruppe

Pflegeheime oder ambulante Pflegedienste die das Leitbild und Konzept...

- in der Gründungsphase zur Vorlage der Kostenträger einreichen müssen,
- bereits erstellt oder überarbeitet haben und eine fundierte Rückmeldung wünschen,
- im Rahmen einer durchgeführten MDK-Prüfung eine Überarbeitung vornehmen müssen.

Zeitlicher Ablauf und Durchführung:

Durchführung der Dokumentenprüfung nach Angebotsbestätigung und Eingang der Unterlagen (Pflegeleitbild und Pflegekonzept in Kopie). Die Durchführung der Analyse erfolgt in unserem Haus durch einen personalzertifizierten Auditor, aus dem Fachbereich Pflegemanagement. Die Rechnungslegung erfolgt mit dem Abschlußbericht.

Haben Sie Interesse an dieser Leistung?

Gerne unterbreiten wir Ihnen ein individuelles Angebot.

Dieses Angebot ist mit weiteren Leistungen kombinierbar.

Auf Wunsch begleiten wir Sie bei der Anpassung durch:

- Begleitung der einzelnen Umsetzungsschritte
- Schulung der Mitarbeiter

Fax - Anfrage: 08 21 / 9 07 63 35

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

Beratung/Coaching:

Dokumentenprüfung „Leitbild und Pflegekonzeption“

- Bitte senden Sie ein unverbindliches Angebot
- Ich habe noch weitere Fragen und bitte um Kontaktaufnahme unter Telefon:

_____/_____
Telefon

Ansprechpartner / Position

-
- **Ambulanter Pflegedienst**

Mitarbeiterstellen / Vollzeit

- **Stationäre Pflegeeinrichtung**

Anzahl Pflegeplätze

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

Telefon und Fax

oder Firmenstempel:

Datum, Unterschrift