



H&S Dienstleistungen im
Gesundheits- und Sozialwesen

Kurzes Geländ 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

Übersichtsprüfung „Kurz-Check Qualitätsmanagement“

Übersichtsprüfung der Struktur- & Prozessqualität

Ausführliche externe Qualitätsprüfungen sind zwar sinnvoll, jedoch zeit- und kostenintensiv.

Um die Frage zu klären, ob sich die Einrichtung auf dem richtigen Weg befindet, reicht häufig eine Übersichtsprüfung über die wesentlichen Merkmale der Qualität und Qualitätssicherung aus.

Daher bieten wir ergänzend zu den umfangreichen Prüfungen der Qualität in Pflegeeinrichtungen solche Übersichtsprüfungen an.

Leistungen

- Vor-Ort-Check (ca. 5 – 6 Stunden)
- Schwerpunktprüfung der wesentlichen Strukturelemente
- Anschließendes kurzes Feedback
- Kurzbericht mit Darstellung eventueller Mängel sowie Maßnahmenempfehlungen
- Fahrkosten inklusive

Zielgruppe

Bei der Übersichtsprüfung steht die Frage im Vordergrund, ob das Pflegeheim oder der ambulante Pflegedienst die gesetzlichen Vorgaben und die Kriterien des MDK erfüllt.

Zeitlicher Ablauf und Durchführung:

Die Terminvereinbarung erfolgt individuell, der zeitliche Rahmen ist festgelegt. Die Durchführung der Analyse erfolgt durch einen personalzertifizierten Auditor. 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 Umsetzung durch:

- gemeinsame Erarbeitung eines Umsetzungskonzeptes
- 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:

Übersichtsprüfung „Kurz-Check Qualitätsmanagement“

- 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