

Kostenvoranschlag nach SGB XI

Anlage zum Pflegevertrag vom:

Gemäß Pflegebedarfsplanung beispielhaft berechnet für
 30 Tage (= 22 Wochentage und 4 Wochenenden)

Name:
 Straße:

Vorname:

Geb.-Dat:
 Frankfurt am Main

Pflegestufe laut Bescheid der Pflegekasse:

Bescheid liegt noch nicht vor:

	Pkt	Einzelpreis	Gesamtpreis	Invest.Anteil
LK 1 Kl. Körperpflege	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	12,30 € - € - €
LK 2 Gr. Körperpflege	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	17,50 € - € - €
LK 3 Gr. erweiterte Körperpflege	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	22,23 € - € - €
Wählbare Leistungen (LK 1,2,3):				
Hilfen bei Aufsuchen/Verlassen des Bettes	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	1,89 € - € - €
Kämmen und/oder Rasieren	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	2,37 € - € - €
Einfache Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen, Wechsel von Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	2,37 € - € - €
LK 4 Spezielle Lagerung	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	4,73 € - € - €
LK 5 Umfangreiche Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	7,10 € - € - €
LK 6 Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Zwischenmahlzeit)	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	4,73 € - € - €
LK 7 Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Hauptmahlzeit)	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	11,83 € - € - €
LK 8 Enterale Ernährung üb. Sonde	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	7,10 € - € - €
LK 9 Hilfestellung beim Aufstehen und Zubettgehen	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	4,73 € - € - €
LK 10 Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen d. Whg.	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	5,68 € - € - €
LK 11 Mobilisation i. d. Whg.	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	5,68 € - € - €
LK 12 Begleitung b. Aktivitäten	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	- € - € - €
Hauswirtschaftl. Versorgung:				
LK 13 Hausw. Versorgung	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	- € - € - €
LK 13.1 Hausw. Versorgung	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	- € - € - €
Hausbesuchspauschalen:				
Mo.-Fr. 6 - 20 Uhr:	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	4,76 € - € - €
Mo.-Fr. 20 - 6 Uhr:	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	9,52 € - € - €
Sa./So./Feiertag:	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	9,52 € - € - €
anteilig bei Leistungen SGB V:				
Mo.-Fr. 6 - 20 Uhr:	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	2,38 € - € - €
Mo.-Fr. 20 - 6 Uhr:	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	4,76 € - € - €
Sa./So./Feiertag:	<input type="checkbox"/> x tgl.	<input type="checkbox"/> x wö.	<input type="checkbox"/> x mtl.	4,76 € - € - €
Summe:				- € - €

Kombi-/Sachleistung der Pflegestufe	<input type="checkbox"/>	abzüglich Sachleistung	- €
		nicht ausgeschöpfte Sachleistung	- €
		Sachleistung übersteigender Betrag	- €
		Investitionskosten (privat zu zahlen)	- €
Gesamtkosten Leistungsnehmer/in			- €

Datum, Unterschrift Leistungsnehmer/in
 oder Bevollmächtigte/r

Datum, Unterschrift Leistungserbringer