

Anlage zum Pflegevertrag
 Leistungsumfang der Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung
 Leistungsnehmer:

Name, Vorname _____ Geburtsdatum: _____ Adresse: _____

Telefon: _____ Pflegekasse: _____ Pflegestufe: _____ Selbstzahler

Neu Änderung ab: _____ Erstbesuch durchgeführt von: _____

Gewünschte Pflegesachleistungen	Anzahl je								Einzelpreise			Ges. Kosten	
	Mo.	Die.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.	Monat	Woche	Fachkraft	Erg. Kraft	ZDLer	Monat (ca.)
1. Große Toilette										22,97 €	15,75 €		
2. Kleine Toilette										15,33 €	10,53 €		
3. Transfer / An- / Auskleiden										8,29 €	5,68 €		
4. Hilfe bei Ausscheidungen										10,19 €			
5. Einfache Hilfe bei Ausscheidungen											6,99 €		
6. Spezielles Lagern										5,10 €	3,49 €		
7. Mobilisation										5,10 €	3,49 €		
8. Einf. Hilfe bei d. Nahrungsaufnahme										5,10 €	3,49 €		
9. Umfangreiche Hilfe b.d. Nahrungsaufnahme										17,88 €	12,25 €		
10. Verabreichung von Sondennahrung										15,69 €			
11. Hilfeleist.b. Verlassen und Wiederaufs.d. Wohnung °										7,65 €	5,26 €	2,71 €	
12. Zubereitung einer einfachen Mahlzeit										11,25 €	8,76 €		
13. Essen auf Rädern/stat. Mittagstisch										2,44 €	2,44 €	2,44 €	
14. Zubereitung einer (warmen) Mahlzeit										22,50 €	17,53 €		
15. Einkauf/Besorgungen °										6,75 €	5,26 €	2,71 €	
16. Waschen, Bügeln, Putzen °										6,75 €	5,26 €	2,71 €	
17. Vollständiges Ab- und Beziehen des Bettes										4,49 €	3,49 €		
18. Beheizen										6,75 €	5,26 €		
Hausbesuchspauschale je Hausbesuch										3,30 €	3,30 €	3,30 €	
Investitionskostenzuschlag je Tag										1,02 €	1,02 €	1,02 €	
Sonn- und Feiertagszuschlag je Hausbesuch										2,15 €	2,15 €	2,15 €	
Zuschlag für Besuche zw. 20.00 und 6.00 Uhr										2,08 €	2,08 €	2,08 €	
Altenpflegeausbildungsumlage bei LP 1-10 gemäß jährlicher Festlegung durch den KVJS. Stand 2010: -,36 €										0,36 €	0,36 €	0,36 €	
Hausbesuchspauschale mit Behandlungspflege										1,85 €	1,85 €		
Monatliche Gesamtkosten ca.													

Gültig ab: _____

° je angefangene 1/4 Stunde

Waiblingen, _____

Leistungsnehmer

Diakonie- und Sozialstation Waiblingen e.V.

Anlage zum Pflegevertrag

Leistungsumfang der Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung

Leistungsnehmer:

Name, Vorname _____ Geburtsdatum: _____ Adresse: _____

Telefon: _____ Pflegekasse: _____ Pflegestufe: _____ Selbstzahler

Neu Änderung ab: _____

Erstbesuch durchgeführt von: _____

Gewünschte Pflegesachleistungen								Anzahl je		Einzelpreise			Ges. Kosten
	Mo.	Die.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.	Monat	Woche	Fachkraft	Erg. Kraft	ZDLer	Monat (ca.)
1. Große Toilette										20,27	13,90		
2. Kleine Toilette										13,53	9,30		
3. Transfer / An- / Auskleiden										7,32	5,02		
4. Hilfe bei Ausscheidungen										8,99			
5. Einfache Hilfe bei Ausscheidungen											6,17		
6. Spezielles Lagern										4,49	3,08		
7. Mobilisation										4,49	3,08		
8. Einf. Hilfe bei d. Nahrungsaufnahme										4,49	3,08		
9. Umfangreiche Hilfe b.d. Nahrungsaufnahme										15,78	10,82		
10. Verabreichung von Sondennahrung										13,85			
11. Hilfeleist.b. Verlassen und Wiederaufs.d. Wohnung °										6,74	4,65		
12. Zubereitung einer einfachen Mahlzeit										9,93	7,74		
13. Essen auf Rädern/stat. Mittagstisch										2,14	2,14		
14. Zubereitung einer (warmen) Mahlzeit										19,86	15,47		
15. Einkauf/Besorgungen °										5,96	4,65		
16. Waschen, Bügeln, Putzen °										5,96	4,65		
17. Vollständiges Ab- und Beziehen des Bettes										3,97	3,08		
18. Beheizen										5,96	4,65	2,40	
21. Hausbesuchspauschale Pfl. St. I max. 1/Tag										2,87	2,87		
22. Hausbesuchspauschale Pfl. St. II max. 2/Tag										2,87	2,87		
23 Hausbesuchspauschale Pfl. St. III max. 3/Tag										2,87	2,87		
23. Investitionskostenzuschlag/Tag										1,02	1,02		
24. Sonn- und Feiertagszuschlag je Hausbesuch										2,04	2,04		
25. Zuschlag für Besuche zw. 20.00 und 6.00 Uhr										3,58	3,58		
26. Hausbesuchspauschale mit Behandlungspflege										1,57	1,57		
Monatliche Gesamtkosten ca.													

Gültig ab: _____

° je angefangene 1/4 Stunde

Waiblingen, _____

Leistungsnehmer

Diakonie- und Sozialstation Waiblingen e.V.

Anlage zum Pflegevertrag

Leistungsumfang der Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung

Leistungsnehmer:

Name, Vorname _____ Geburtsdatum: _____ Adresse: _____

Telefon: _____ Pflegekasse: _____ Pflegestufe: _____ Selbstzahler

Neu Änderung ab: _____

Erstbesuch durchgeführt von: _____

Gewünschte Pflegesachleistungen								Anzahl je		Einzelpreise			Ges. Kosten
	Mo.	Die.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.	Monat	Woche	Fachkraft	Erg. Kraft	ZDLer	Monat (ca.)
1. Große Toilette										38,80 DM	26,60 DM	13,70 DM	
2. Kleine Toilette										25,90 DM	17,80 DM	9,10 DM	
3. Transfer / An- / Auskleiden										14,00 DM	9,60 DM	4,90 DM	
4. Hilfe bei Ausscheidungen										17,20 DM			
5. Einfache Hilfe bei Ausscheidungen											11,80 DM	6,10 DM	
6. Spezielles Lagern										8,60 DM	5,90 DM		
7. Mobilisation										8,60 DM	5,90 DM		
8. Einf. Hilfe bei d. Nahrungsaufnahme										8,60 DM	5,90 DM	3,00 DM	
9. Umfangreiche Hilfe b.d. Nahrungsaufnahme										30,20 DM	20,70 DM	10,70 DM	
10. Verabreichung von Sondennahrung										26,50 DM			
11. Hilfeleist.b. Verlassen und Wiederaufs.d. Wohnung °										12,90 DM	8,90 DM	4,60 DM	
12. Zubereitung einer einfachen Mahlzeit										19,00 DM	14,80 DM	7,60 DM	
13. Essen auf Rädern/stat. Mittagstisch										4,10 DM	4,10 DM	4,10 DM	
14. Zubereitung einer (warmen) Mahlzeit										38,00 DM	29,60 DM	15,20 DM	
15. Einkauf/Besorgungen °										11,40 DM	8,90 DM	4,60 DM	
16. Waschen, Bügeln, Putzen °										11,40 DM	8,90 DM	4,60 DM	
17. Vollständiges Ab- und Beziehen des Bettes										7,60 DM	5,90 DM	3,00 DM	
18. Beheizen										11,40 DM	8,90 DM	4,60 DM	
21. Hausbesuchspauschale Pfl. St. I max. 1/Tag										5,50 DM	5,50 DM	5,50 DM	
22. Hausbesuchspauschale Pfl. St. II max. 2/Tag										5,50 DM	5,50 DM	5,50 DM	
23 Hausbesuchspauschale Pfl. St. III max. 3/Tag										5,50 DM	5,50 DM	5,50 DM	
23. Investitionskostenzuschlag/Tag										2,00 DM	2,00 DM	2,00 DM	
24. Sonn- und Feiertagszuschlag je Hausbesuch										2,00 DM	2,00 DM	2,00 DM	
25. Zuschlag für Besuche zw. 20.00 und 6.00 Uhr										3,50 DM	3,50 DM	3,50 DM	
26. Hausbesuchspauschale mit Behandlungspflege										3,00 DM			
Monatliche Gesamtkosten ca.													

Gültig ab: _____

° je angefangene 1/4 Stunde

Waiblingen, _____

Leistungsnehmer

Diakonie- und Sozialstation Waiblingen e.V.

Anlage zum Pflegevertrag

Leistungsumfang der Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung

Leistungsnehmer:

Name, Vorname _____ Geburtsdatum: _____ Adresse: _____

Telefon: _____ Pflegekasse: _____ Pflegestufe: _____ Selbstzahler

Neu Änderung ab: _____

Erstbesuch durchgeführt von: _____

Gewünschte Pflegesachleistungen								Anzahl je		Einzelpreise in EURO			Ges. Kosten
	Mo.	Die.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.	Monat	Woche	Fachkraft	Erg. Kraft	ZDLer	Monat (ca.)
1. Große Toilette										20,80	14,26	7,35	
2. Kleine Toilette										13,88	9,54	4,88	
3. Transfer / An- / Auskleiden										7,51	5,15	2,63	
4. Hilfe bei Ausscheidungen										9,22			
5. Einfache Hilfe bei Ausscheidungen											6,33	3,27	
6. Spezielles Lagern										4,61	3,16		
7. Mobilisation										4,61	3,16		
8. Einf. Hilfe bei d. Nahrungsaufnahme										4,61	3,16	1,61	
9. Umfangreiche Hilfe b.d. Nahrungsaufnahme										16,19	11,10	5,74	
10. Verabreichung von Sondennahrung										14,21			
11. Hilfeleist.b. Verlassen und Wiederaufs.d. Wohnung °										6,92	4,77	2,46	
12. Zubereitung einer einfachen Mahlzeit										10,19	7,94	4,07	
13. Essen auf Rädern/stat. Mittagstisch										2,20	2,20	2,20	
14. Zubereitung einer (warmen) Mahlzeit										20,38	15,87	8,15	
15. Einkauf/Besorgungen °										6,11	4,77	2,46	
16. Waschen, Bügeln, Putzen °										6,11	4,77	2,46	
17. Vollständiges Ab- und Beziehen des Bettes										4,07	3,16	1,61	
18. Beheizen										6,11	4,77	2,46	
21. Hausbesuchspauschale Pfl. St. I max. 1/Tag										2,94	2,94	2,94	
22. Hausbesuchspauschale Pfl. St. II max. 2/Tag										2,94	2,94	2,94	
23 Hausbesuchspauschale Pfl. St. III max. 3/Tag										2,94	2,94	2,94	
23. Investitionskostenzuschlag/Tag										1,02	1,02	1,02	
24. Sonn- und Feiertagszuschlag je Hausbesuch										1,07	1,07	1,07	
25. Zuschlag für Besuche zw. 20.00 und 6.00 Uhr										1,88	1,88	1,88	
26. Hausbesuchspauschale mit Behandlungspflege										1,61			
Monatliche Gesamtkosten ca.													

Gültig ab: _____

° je angefangene 1/4 Stunde

Waiblingen, _____

Leistungsnehmer

Diakonie- und Sozialstation Waiblingen e.V.