

Kostenkalkulation

Pflegedienst

Ilona Bartl

Patientenname : _____

Aktenzeichen : _____

Sozialamt : _____ Geburtsdatum : _____

Abrechnung für Monat _____ Der Monat hat _____ Einsatztage Der Monat hat _____ Einsatzwochen

Leistungskomplexe	Punktezahl 100% Eurobeträge Zuschläge	Anzahl				Punktesumme			
		täglich	wöchentlich	Anzahl 10%	monatlich	täglich	wöchentlich	Zuschlag 10%	monatlich
01	Kleine Morgen-/Abendtoilette								
02	Kleine Morgen-/Abendtoilette								
03	Große Morgen-/Abendtoilette								
04	Große Morgen-/Abendtoilette								
05	Lagern / Betten Bewegungsaktivierung								
06	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme								
07	Sondenkost bei implantierter Magensonde								
08 a)	Darm- und Blasenentleerung								
08 b)	Darm- und Blasenentleerung								
09	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung								
10	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung								
11	Beheizen der Wohnung (Ofenheizung)								
12	Reinigung der Wohnung								
13	Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung								
13 a)	Wechseln der Bettwäsche								
14 a)	Einkauf / Vorratseinkauf								
14 b)	Kleine Besorgung								
15 a)	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit								
15 b)	Zubereitung einer warmen Mahlzeit								
16	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit								
17	Erstbesuch								
18 a)	Wegepauschale in Euro								
18 b)	Wegepauschale in Euro								
19	Zuschläge Wochenende / Feiertage / ungünstige Zeiten (22.00 - 06.00 Uhr) % - Zuschlag								
20	Bericht gem. §12 Rahmenvertrag								
21 a)	Anziehen von Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen ab Kompressionsklasse 2								
21 b)	Ausziehen von Kompressionsstrümpfen / -strumpfhosen ab Kompressionsklasse 2								

monatliche Gesamtpunkte : _____

Der Einsatz wurde durchgeführt von :

Pflegekraft

☐

Zivildienstkraft

☐

Der Patient erhält Pflegestufe :

Eins

☐

Zwei

☐

Drei

☐

Kostenberechnung

Wegepauschalen ges.	Gesamtpunkte	x Punktwert Pflegekraft / Zivi.	Gesamtbetrag Pflegekraft / Zivi.	/ Sachleistung Pflegestufe 1 / 2 / 3	Privatanteil / BSHG Pflegekraft / Zivi
---------------------	--------------	------------------------------------	-------------------------------------	---	---

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____