

	<b>Name:</b>					Punktwert
	<b>Leistungskomplex (LK) Beschreibung</b>	<b>Punkte</b>	<b>Einzel- preis</b>	<b>Anzahl pro Woche</b>	<b>Anzahl pro Monat</b>	<b>Summe Wochen</b>
1.	Erstbesuch	1100	42,79 €			
2.	Folgebesuch	600	23,34 €			
3.	Kleine Pflege	220	8,56 €			
4.	Große Pflege I	360	14,00 €			
5.	Große Pflege II	450	17,51 €			
6.	Kämmen / Rasieren	70	2,72 €			
8.	Hilfe beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes i.V.m. 3-5	50	1,94 €			
9.	Hilfe beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes (solitär)	100	3,89 €			
10.	Spezielle Lagerung i.V.m. 3-5	100	3,89 €			
11.	Spezielle Lagerung (solitär)	70	2,72 €			
12.	Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	100	3,89 €			
13.	Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	300	11,67 €			
14.	Verabreichen von Sondenkost	100	3,89 €			
15.	Ergänzende Hilfe bei Ausscheidungen i.V.m. 3-5	80	3,11 €			
16.	Umfangreiche Hilfe bei Ausscheidungen	200	7,78 €			
17.	Hilfestellung beim Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung	80	3,11 €			
18.	Begleitung bei Aktivitäten	600	23,34 €			
19.	Hauswirtschaft (je angefangene 10 Minuten)	80	3,11 €			
	<b>Zeitkontingente (ZK) je Leistungsart</b>	<b>Punktzahl pro Min.</b>	<b>Preis pro Minute</b>	<b>Anzahl Minuten</b>	<b>Rechn. Minuten</b>	
	Grundpflege (Einsatzmindestdauer 15 Minuten)	15	0,5800 €			
	Häusliche Betreuung (Einsatzmindestdauer 15 Minuten)	10	0,3900 €			
	<b>Sonstige Leistungen / Pauschalen</b>			<b>Einzelpreis</b>	<b>Anzahl</b>	
21.a	Wegepauschale 06.01 - 20.00 Uhr			3,37 €		
21.b	Wegepauschale WE / Feiertag /20.01 -06.00			6,74 €		
21.c	Wegepauschale 06.01 - 20.00 Uhr mit SGB V			1,69 €		
21.d	Wegepauschale WE / Feiertag /20.01 -06.00 mit SGB V			3,37 €		
21.e	1/2 Wegepauschale 21.a, mehrere Pflegeb. in gemeins. Hh.			0,00 €		
	1/2 Wegepauschale 21.b, mehrere Pflegeb. in gemeins. Hh.			0,00 €		
	1/2 Wegepauschale 21.c, mehrere Pflegeb. in gemeins. Hh.			0,00 €		
	1/2 Wegepauschale 21.d, mehrere Pflegeb. in gemeins. Hh.			0,00 €		
21.f	Wegegeld in Wohnanlagen, wenn PD räumlich nahe			0,00 €		
21.g	Wegegeld in Wohnanlagen, wenn PD räumlich extern			1,62 €		
	<b>Gesamtkosten (LK, ZK und sonstige Leistungen/Pauschalen) pro Monat:</b>					
	Zusatzkosten wegen <b>Sondervereinbarung</b> beim Einsatz von 2 Pflegekräften :					
	<b>abzüglich Sachleistung Pflegeversicherung:</b>					
	<b>verbleibender Eigenanteil Pflege:</b>					

Die in diesem Kostenvoranschlag aufgeführten Leistungskomplexe und/oder Zeitkontingente hat der Kunde auf der Grundlage der ihm vom Pflegedienst vorgelegten Gegenüberstellung nach Ziffer 1.3 des Vertrages gewählt.

Sofern obige Leistungen durch Unterzeichnung vereinbart werden, gilt diese Anlage 1 als Vertragsbestandteil. Sofern gemäß Ziffer 1.7 des Vertrags die Leistungen bzw. deren Umfang, z.B. aufgrund akuter Veränderungen mündlich abgeändert werden, erfolgt eine schriftliche Bestätigung auf dem Leistungsnachweis durch den Pflegebedürftigen bzw. dessen Vertreter. Abgerechnet werden - vorbehaltlich von Vergütungsansprüchen nach den Ziffern 4.3 und 4.4 des Vertrages - die tatsächlich vom Kunden in Anspruch genommenen Leistungen.

	Name:		Hausarzt:
	Vorname		Kostenträger:
Dorfstraße 3	Straße:		Vers.Nr.
28844 Weyhe	Plz, Ort:		PfSt.:
Tel.: 04203-8048429	Telefon		
Mobil: 0178-8064027	geb.: Dat		
Die Leistungen werden erbracht vom ..... bis .....			
Ort/Datum:		Ort/Datum:	
Unterschrift des Pflegedienstes:		Unterschrift des Kunden, ggf. gesetzl. Verteters/Betreu	



