

Pflegevertrag (Geschäftsbedingungen auf Rückseite bzw. extra ausgehändigt)

Leistungsnehmer:

Name	
Vorname	
Strasse	
Ort	
Tel	
geb.	
KrKasse	PfStufe

Vertreten durch:

Name	
Vorname	
Tel.	

Leistungserbringer:

Pflegeservice Habura
Kirchfeldstr. 55
76149 Karlsruhe
Tel. 0721-78 28 02

Leistungsumfang und Kostenvoranschlag

Modul-Nr.	Bezeichnung der Leistung/-paket	Zeitpunkt / Anzahl							Wochentage	mtl.	Einzelpreis	Summe
		F	M	NM	A	N	€	€				
1	Gr. Toilette / Baden / Duschen									22,97		
2	Kl. Toilette / Teilkörperpflege									15,33		
3	Transfer mit An-/Auskleiden									8,29		
4	Hilfe bei Ausscheidung/Windeln									10,19		
5	einfache Hilfe bei Ausscheidung									6,99		
6	spezielle Lagerung									5,10		
7	Mobilisation									5,10		
8	einfache Hilfe zur Nahrungsaufnahme									5,10		
9	ausführliche Nahrungsaufnahme									17,88		
10	Verabreichung Sondennahrung									15,69		
11	Verlassen der Wohnung je 15Min									7,65		
12	Nahrungszubereitung, einfach									11,25		
13	Essen auf Rädern servieren									2,44		
14	Kochen									22,50		
15	Einkauf/Besorgung je 15 Min.									6,75		
15eH	wie 15 / durch Hilfskraft									5,26		
16	Waschen/ Bügeln/ Reinigung									6,75		
16eH	wie 16 / durch Hilfskraft									5,26		
17	Bettwäsche kompl. wechseln									4,49		
	Nachtzuschlag (je Hausbesuch nach 20Uhr)									2,08		
	Sonn-/Feiertagszuschlag je Hausbesuch									2,15		
	Wegegebühren je Hausbesuch, wenn SGB XI alleine erbracht wird									3,30		
	Wegegebühren in Verbind.mit SGB V, solange Verordnung besteht									2,59		
	anteilige Ausbildungsumlage je Hausbesuch (nur bei M1-M11)									0,36		
	anteilige Investitionskosten je Hausbesuch (keine Sachleistung)									1,59		
Gesamtkosten:												
Abrechnung direkt mit Pflegekasse bei Stufe		0	1	2	3					abzgl. Sachleistungsbetrag		
Pflege-	Stufe 1= 440 €	Stufe 2 = 1040 €									zu zahlender Eigenanteil	
kasse	Stufe 3= 1.510 €	Stufe 3+ = 1.918 €										

Bei Beihilfeberechtigten können nur 50% der Sachleistung mit der Kasse abgerechnet werden, Rest über Beihilfestelle!

Der Pflegeauftrag gemäß o. a. Vorgaben wird hiermit erteilt:

Beginn ab _____ Unterschrift Pflegedienst _____ Datum _____ Unterschrift Leistungsnehmer / Bevollmächtigter: _____