

**Kostenvoranschlag**

für Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz

zu pflegende Person:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum                      Pflegestufe

sollen ab Monat

\_\_\_\_\_ folgende Leistungen erbracht werden:

Pflegedienst

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Institutionskennzeichen

Leistungskomplex	Punkte	Einsätze im	
		Euro	Monat
1a 1 Aufsuchen/Verlassen des Bettes, An-/Ablegen von Körperersatzstücken	50	2,20 €	
1a 2 An-/Auskleiden	50	2,20 €	
1a 3 Teilwaschen	100	4,40 €	
1a 4 Mund-,Zahn-,Zahnprothesenpflege	50	2,20 €	
1a 5 Rasieren	50	2,20 €	
1a 6 Kämmen	50	2,20 €	
1a 7 Hautpflege	50	2,20 €	
<b>1a Komplexgebühr</b>	<b>350</b>	<b>15,40 €</b>	
1b Haar- und/oder Nagelpflege	50	2,20 €	
2a Zuschlag zu LK 1a bei Ganzkörperwäsche	150	6,60 €	
2b Ganzkörperwäsche alleinige Leistung	250	11,00 €	
3 Lagern/Mobilisieren/Betten machen /Bettwäsche wechseln	100	4,40 €	
4a Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	250	11,00 €	
4b Verabreichung von Sondennahrung	80	3,52 €	
5a Hilfe bei Darm-/Blasenentleerung	70	3,08 €	
5b Stomabeutel entleeren	50	2,20 €	
6 Verlassen/Aufsuchen der Wohnung	70	3,08 €	
7 Begleitung bei Aktivitäten	600	26,40 €	
8 Beheizen der Wohnung	90	3,96 €	
9 Kleine hauswirtschaftl. Versorgung	50	2,20 €	
10 Große hauswirtschaftl. Versorgung	250	11,00 €	
11 Waschen der Wäsche/Kleidung (Anmerkung: bei schrankfertiger Lieferung durch Wäscherei 50 Pkte.)	300	13,20 €	
12 Einkaufen	150	6,60 €	
13 Zubereitung warme Mahlzeit	270	11,88 €	
14 Zubereitung sonstige Mahlzeit / Abgabe von Sondennahrung	90	3,96 €	
16a Erstbesuch	600	26,40 €	
16b Anpassung der Pflegeplanung	200	8,80 €	
<b>Zwischensumme</b>			
17 Stundensatz Pflegekraft (nur PS III,Härtefälle)		28,30 €	Std.
18 Stundens.Zivi,FSJ,Praktikanten (nur PS III,Härtefälle)		9,41 €	Std.
Anfahrtspauschale 8-20 Uhr 100 %		3,40 €	
Anfahrtspauschale 8-20 Uhr 50 %		1,70 €	
Anfahrtspauschale 20-8 Uhr 100 %		4,87 €	
Anfahrtspauschale 20-8 Uhr 50 %		2,44 €	
<b>Gesamtkosten</b>			

Maximale Zahlung der Pflegekasse gem. Pflegestufe  
Zuzahlung des Pflegebedürftigen  
Voraussichtlicher Anteil Restpflegegeld:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Pflegedienst

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Pflegebedürftiger