

Leistungsnachweis zur Abrechnung

Jahr: _____ Monat: _____

Abtretungserklärung:
Ich bin einverstanden, dass anhand dieses Leistungsnachweises eine Direktabrechnung mit meiner Pflegekasse erfolgt (Rechnung liegt bei).


Nachname des Klienten _____ Vorname _____ Geb. am. _____ Pflegestufe _____

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____

Unterschrift des Klienten (für Abtretungserklärung)

Unterschrift des Klienten (Leistung erhalten / mit der Bitte um Abrechnung)

Pflegesachleistung §36 SGB XI	Preis in €	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Summe		
Große Toilette / Vollbad	17,66																																		
Kleine Toilette	11,81																																		
Einfache Hilfe bei Ausscheidungen	7,84																																		
Lagern	3,91																																		
Mobilisation	3,91																																		
Einfache Hilfe b. d. Nahrungsaufnahme	3,91																																		
Umfangr. Hilfe b. d. Nahrungsaufnahme	13,74																																		
Hilfe b. Verlassen/Wiederaufsl. der Wohnung	5,90																																		
Zubereiten einer einfachen Mahlzeit	9,82																																		
Essen auf Rädern / stationärer Mittagstisch	2,74																																		
Zubereitung einer warmen Mahlzeit	19,66																																		
Einkauf (pro angefangene ¼ Std.)	5,90																																		
Waschen, Bügeln, Putzen	5,90																																		
Vollständiges Ab- und Beziehen des Bettes	3,91																																		
Beheizen	5,902																																		
Wegepauschale	4,00																																		
Verhinderungspflege §39 SGB XI	16,50*/17,50€/h																																		
Zusätzliche Betreuung §45b SGB XI	16,50*/17,50€/h																																		
Betreuung (Privatzahlung)	10,00*/17,50€/h																																		
	*Mitglieder																																		

<p>_____ Helfer / Vorname + Nachname in Druckschrift</p> <p>_____ Helfer / Unterschrift</p>	 <p>Lebenshilfe Esslingen</p> <p>lk. Nr.: 44 28 131 98</p> <p>(Kooperationspartner der Sozialstation Esslingen)</p>	<p>Offene Hilfen Flandernstr. 49 73732 Esslingen Tel. 0711 / 93 78 88-13</p>
---	---	---