

Allgemeine Angaben

Name des Pflegedienstes	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreis	
Telefon	
Telefax	
Rechtsform	
Institutionskennzeichen	
Ansprechpartner	
Träger / Inhaber der Einrichtung	

Angaben zur Vergütung

derzeit gültiger Punktwert	
Laufzeit bis / gekündigt zum	gekündigt zum 31.12.2015
zuständige Pflegekasse	

Erklärung des Pflegedienstes:

Die folgenden Seiten wurden nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt	

Unterschrift des Dienstes	Stempel

Vollmachtserklärung:

Hiermit bevollmächtige ich den LfK, vertreten durch die Geschäftsführung, mich in den Vergütungsverhandlungen gemäß § 89 i.V.m. § 85 SGB XI zu vertreten. Die Vollmacht umfaßt auch den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung sowie die Erteilung von Untervollmachten.	

Unterschrift des Dienstes	Stempel

Nachweis gemäß § 89 in Verbindung mit § 85 Abs. 3 SGB XI für ambulante Pflegeeinrichtungen in NRW

Name und Anschrift der Einrichtung	Name und Anschrift des Trägers

Kreis / kreisfreie Stadt _____ (KFZ-Kennzeichen)

A. Allgemeines

Mitglied im Verband	Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e.V. (LfK)
Institutionskennzeichen	

von _____ bis _____

abgeschlossenes Geschäftsjahr	01.01.2014	31.12.2014	Punktwert*	LK 15	LK 15a
Vereinbarungszeitraum	01.01.2016	31.12.2016			
Vereinbarung alt					
Forderung					

Begründung für die Forderung bitte auf einem separaten Blatt erläutern

*zuzüglich der Altenpflegeausbildungsausgleichsrefinanzierung

B. Leistungen

Durchschnittlich versorgte Pflegebedürftige im abgeschlossenen Geschäftsjahr

(Ø der jeweils zum Monatsende betreuten Pflegebedürftigen)

Pflegestufe				
0	I	II	III	Gesamt

Nr.	Komplex	abgeschl. Geschäftsjahr Anzahl	Vereinbarungszeitraum * Anzahl	<i>* nur bei wesentlichen Änderungen</i>
1	Ganzwaschung			
2	Teilwaschung			
3	Ausscheidungen			
4	selbst. Nahrungsaufn.			
5	Hilfe Nahrungsaufn.			
6	Sondenern. (PEG)			
7	Lagern/Betten			
8	Mobilisation			
9	Behördeng. Arztbes.			
10	Beheizen			
11	Einkaufen			
12	Zubereitung warme Sp.			
13	Reinigung Wohnung			
14	Wäsche			
15	Hausbes.-pauschale			
15a	erhöhte Besuchsp.			
16	Erstgespräch			
17, 17a, 17c	Beratungsbesuch 0 / I / II			
17b	Beratungsbesuch III			
18	Große Grundpflege 1			
19	Große Grundpflege 2			
20	Kleine Grundpflege 1			
21	Kleine Grundpflege 2			
22	Große hausw. Vers.			
23	Große Grundpflege 3			
24	Große Grundpflege 4			
25	Kleine Grundpflege 3			
26	Kleine Grundpflege 4			
27	Kleine pfleg. Hilfest. 1			
28	Kleine pfleg. Hilfest. 2			
29	Kleine pfleg. Hilfest. 3			
30	Kleine pfleg. Hilfest. 4			
Gesamt		0		

C. Personalstruktur

(Anzahl der Beschäftigten im **SGB XI-Bereich**, umgerechnet in Vollzeitstellen, (Ø der Mitarbeiter(innen) - jeweils am Monatsende - ausschließlich die Stellenanteile, die die unter B. ausgewiesenen Leistungskomplexe erwirtschaftet haben)

* nur bei wesentlichen Änderungen

	abgeschl. Geschäftsjahr	Vereinbarungszeitraum*	dazu gehören
Pflegefachkräfte (3-Jährig)			Gesundheits- und KrankenpflegerIn, Krankenschwester, Kinderkranken-schwester, AltenpflegerIn, Krankenpfleger; inkl. PDL-Anteil Pflege
Pflegehilfskräfte (1-jährig)			Gesundheits- und KrankenpflegehelferIn, Arzthelferin, AltenpflegehelferIn
angelernte Hilfskräfte			angelernte Mitarbeiter im Pflegedienst, die nicht mindestens 1 Jahr ausgebildet wurden
Hauswirtschaftskräfte			Mitarbeiter mit ausschliesslich hauswirtschaftlichen Tätigkeiten
sonstiges Personal			z.B. ASH, ABM etc.
Zivildienstleistende			
Leitung und Verwaltungskräfte			Leitung und Mitarbeiter, die ausschliesslich in der Verwaltung tätig sind
Gesamt	0,00 VK		
Auszubildende Pflege			
geringfügig Beschäftigte			% Anteil der erbrachten Leistungen

D. Abgrenzung zu anderen Leistungsbereichen (z. B. HKP) im abgeschlossenen Geschäftsjahr

(bitte entsprechende Nachweise oder Erläuterungen - z. B. des Steuerberaters - beifügen)

	Personal	Sachkosten
Nach § 7 Satz 1 und 2 Pflegebuchführungsverordnung (bitte ankreuzen)		
wirklichkeitsnahe Schätzung (bitte ankreuzen)	x	x

Anteil der SGB XI-Leistungen nach B. an dem Gesamtumsatz des Pflegedienstes*		
Anteil der SGB XI-Leistungen nach B., die zeitgleich mit SGB V-Leistungen erbracht werden*		* freiwillige Angabe

Zusätzliche Leistungsangebote (bitte ankreuzen)

	Eigenleistung	Beratungsleistung
zusätzliche Betreuungsleistungen / niedrigschwellige Angebote	x	
Hausnotrufdienst		x
Kurse häusliche Pflege		x
Essen auf Rädern		x
Hilfsmittelverleih		x
Sonstiges (bitte erläutern)		

E. Kostenträgerstatistik

(Kostenträger über 5% Anteil an der Anzahl der Pflegebedürftigen - abgeschlossenes Geschäftsjahr - bitte ankreuzen)

AOK		Knappschaft		Sozialhilfeträger
BKK		LKK		
IKK		vdek		

F. Tarifbindung / ortsübliche Arbeitsvergütung

Die Vergütung aller Mitarbeiter erfolgt nach dem Tarif

kein

sofern keine Tarifbindung, bitte Erläuterung der Vergütungsstruktur und sonstige kostenrelevante Vereinbarung

3-jährig exam. Mitarbeiter(innen)	Ø Stundenlohn ggf. von	bis
1 und 2-jährig exam. Mitarbeiter(inne)	Ø Stundenlohn ggf. von	bis
andere Mitarbeiter(innen)	Ø Stundenlohn ggf. von	bis

Ort, Datum:

Für die Richtigkeit

(Stempel, Unterschrift des Trägers)

Anlage 1

Nachweis der Kosten / Forderung

(ausschließlich die Kosten für Stellenanteile, die die unter B. ausgewiesenen Leistungskomplexe erwirtschaftet haben; vgl. auch Ziffer C. Personalstruktur)

Personalkosten	abgeschlossenes		laufendes Geschäftsjahr		Vereinbarungszeitraum	
	VK	Kosten	VK	Kosten	VK	Kosten
Leitung und Verwaltung						
Pflegedienst						
3-jährig exam. Mitarbeiter(innen)						
1 und 2-jährig exam. Mitarbeiter(innen)						
andere Mitarbeiter(innen)						
Hauswirtschaftsdienst						
Zivildienstleistende						
sonstiges Personal						
Auszubildende						
Summe Personalkosten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Sachkosten (für die unter B. erwirtschafteten Leistungen)

Wirtschaftsbedarf			
Verwaltungsbedarf			
Aufwendungen Fahrzeuge			
med.- pflegerischer Bedarf			
Verbrauchsgüter			
Steuern, Abgaben, Versicherungen			
Qualitätssicherung			
Sonstiges (bitte erläutern)			
Summe Sachkosten	0,00	0,00	0,00
Summe Personal- und Sachkosten	0,00	0,00	0,00
nachrichtlich Investitionskostenförderung			