

Herr  
 Muster Hans  
 Frankfurter Str. 100  
 60313 Frankfurt am Main

**Kostenvoranschlag**  
 gemäß SGB XI/XII (zeitbasiert)

Frankfurt an der Ruhr, 09.02.2018  
 Unsere IK-Nr.: 111342342354354

Klient: Muster Hans  
 Geburtsdatum: 02.06.1926

Versicherungsnr.: H5263582239  
 Pflegegrad:

Leistung	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Anz.	Intervall	Einzelpreis in EUR	Gesamtpreis in EUR
<b>morgens</b>											
Grundkomplex: (Ganzkörperwäsche/Dusche, An-/Auskleiden, Mund-/Zahnpflege)								0,00	wöchentlich	0,00	0,00
Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes								0,00	wöchentlich	0,00	0,00
Kämmen und/oder Rasieren								0,00	wöchentlich	0,00	0,00
Einfache Hilfen/Unterstützung bei Ausscheidungen/ Wechsel von Inkontinenzhilfsmitteln								0,00	wöchentlich	0,00	0,00
Haushaltsführung 5-Minuten-Taktung (in. min.)	10	10	10	10	10	10	10	1,17	wöchentlich	0,00	0,00
Hausbesuchspauschale 6 bis 20 Uhr	1	1	1	1	1	1	1	7	wöchentlich	5,00	35,00
<b>mittags</b>											
Umfangreiche Hilfe u. Unterstützung bei Ausscheidungen								0,00	wöchentlich	0,00	0,00
Hausbesuchspauschale 6 bis 20 Uhr	1	1	1	1	1	1	1	7	wöchentlich	5,00	35,00
<b>abends</b>											
Grundkomplex: (Teilwaschen, An-/Auskleiden, Mund-/Zahnpflege)								0,00	wöchentlich	0,00	0,00
Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes								0,00	wöchentlich	0,00	0,00
Kämmen und/oder Rasieren								0,00	wöchentlich	0,00	0,00
Haushaltsführung 5-Minuten-Taktung (in. min.)	10	10	10	10	10	10	10	1,17	wöchentlich	0,00	0,00
Hausbesuchspauschale 6 bis 20 Uhr	1	1	1	1	1	1	1	7	wöchentlich	5,00	35,00

**Kosten pro Woche in EUR: 105,00**

**Durchschnittliche Kosten pro Monat:**

**454,97 EUR**

**Sachleistungsanspruch aus der Pflegeversicherung:**

**0,00 EUR**

**Kostenvoranschlag**

gemäß SGB XI/XII (zeitbasiert)

Klient: Muster Hans  
Geburtsdatum: 02.06.1926Versicherungsnr.: H5263582239  
Pflegegrad:**Differenzbetrag zu Lasten Klient / Sozialamt:****454,97 EUR**

Dieser Kostenvoranschlag ist durch wechselnde Anzahl an Werk-, Wochenend- und Feiertagen Kostenschwankungen unterworfen. Werden aufgeführte Module nicht in Anspruch genommen so reduziert sich der Kostenvoranschlag um die entsprechende Module. Werden mehr Module benötigt erhöht sich der Kostenvoranschlag entsprechend.

---

Datum und Unterschrift des Pflegedienstes

---

Datum und Unterschrift des Versicherten/ des bestellten Betreuers