

Vertraulich

## PRÜFBERICHT

**Geschäftsname:** \_\_\_\_\_

**Inhaber:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Telefax:** \_\_\_\_\_

**Gesellschaftsform:** \_\_\_\_\_

**Berufsverband:** \_\_\_\_\_

**Gründungsjahr:** \_\_\_\_\_

**vertrauliche E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Internet-Adresse:** \_\_\_\_\_

## WIRTSCHAFTLICHE VERHÄLTNISSE

BWAs der letzten 3 Geschäftsjahre, bzw. Jahresabschlüsse mit G+V (als Anlage):      Ja      Nein

BWAs des laufenden Geschäftsjahres (als Anlage):      Ja      Nein

Besonderheiten (als Anlage):      Ja      Nein

Pflegevertrag-Muster (als Anlage):      Ja      Nein

SGB XI Punktwert: \_\_\_\_\_

Datum der letzten Anpassung: \_\_\_\_\_

MDK durchgeführt?      Ja      Nein      Wann? \_\_\_\_\_

Tagespflege:      Ja      Nein

Nachtpflege:      Ja      Nein

Amb. betreute WG:      Ja      Nein

Palliativ?      Ja      Nein

**ALLGEMEINE FRAGEN**

Anzahl Patienten (gesamt): \_\_\_\_\_

Anzahl Mitarbeiter (Köpfe): \_\_\_\_\_

Verbandsmitgliedschaft: \_\_\_\_\_

besondere Angebote:                      Intensivpflege                      Pflege behinderter Menschen  
   Tagesbetreuung                      \_\_\_\_\_

Wie hoch ist Ihr Punktwert SGB XI? \_\_\_\_\_

Datum der letzten Anpassung  
Vergütung SGB XI \_\_\_\_\_

Datum der letzten Anpassung  
Vergütung SGB V \_\_\_\_\_

Anzahl Fortbildungsstunden PDL  
(z. B. 460, 720 ...)  
\_\_\_\_\_

Wohngemeinschaften	Anzahl	Ausrichtung	Patienten	Bemerkung

betreutes Wohnen	Anzahl	Ausrichtung	Patienten	Bemerkung

**PATIENTEN**

Patientenstruktur nach Leistung (Anzahl Patienten)	nur SGB V _____	SGB V + XI _____		
	nur SGB XI _____			
Patientenstruktur nach Pflegestufen (Anzahl Patienten)	Pflegegrad 1 _____	Pflegegrad 2 _____		
	Pflegegrad 3 _____	Pflegegrad 4 _____		
	Pflegegrad 5 _____			
Anzahl Patienten mit §45 b Leistungen:	104 € _____	208 € _____		
Anzahl Patienten mit §39 SGB XI Leistungen (Verhinderungspflege):	2019: _____	2020: _____	2021: _____	
	Umsatz Patienten mit §39 SGB XI Leistungen (Verhinderungspflege):	2019 €: _____	2020 €: _____	2021 €: _____
	Wieviele neue Patienten haben Sie in den letzten 3 Monaten <u>hinzugewonnen</u> ?	_____		
Wieviele Patienten haben Sie in den letzten 3 Monaten <u>letztmalig versorgt</u> ?	_____			
Beratung §37.3 im Quartal	_____			

**EDV**

Software genutzt für:			Welches Programm?
Buchhaltung:	Ja	Nein	_____
Dienstplan:	Ja	Nein	_____
Faktura (Abrechnung):	Ja	Nein	_____
mobile Datenerfassung:	Ja	Nein	_____
Tourenplanung:	Ja	Nein	_____

## LEISTUNGSANGEBOT VORHANDEN:

Kinder:	Ja	Nein
Beatmung:	Ja	Nein
Stoma:	Ja	Nein
Intensivpflege:	Ja	Nein
Psychiatrie:	Ja	Nein
Onkologie:	Ja	Nein
Aids:	Ja	Nein
Geriatric/Demenz:	Ja	Nein
Palliativ:	Ja	Nein
Wundversorgung:	Ja	Nein
SGB V:	Ja	Nein
SGB XI:	Ja	Nein
Sonstige:	<hr/> <hr/>	

## SPEZIALLEISTUNGEN

Sauerstofftherapie:	Ja	Nein
Aromatherapie:	Ja	Nein
Krankengymnastik:	Ja	Nein
Essen auf Rädern:	Ja	Nein
Tagespflege:	Ja	Nein
Kurzzeitpflege:	Ja	Nein
Einkaufsdienst:	Ja	Nein
Begleitdienste:	Ja	Nein
Sonstige:	<hr/> <hr/>	

## ÖFFENTLICHES ERSCHEINUNGSBILD

Dienstkleidung:	Ja	Nein
Fahrzeugbeschriftung:	Ja	Nein
Internetauftritt:	Ja	Nein
Werbematerial:	Ja	Nein
Veranstaltungen:	Ja	Nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## PERSONALSTRUKTUR

Qualifikation / Aufgabe	Anzahl der Mitarbeiter	in Vollzeitkräften
PDL	_____	_____
Fachkräfte	_____	_____
Pflege(hilfs)kräfte	_____	_____
Betreuungskräfte (45§ b)	_____	_____
Hauswirtschaftskräfte	_____	_____
Verwaltungskräfte (ohne GF)	_____	_____

## VERWALTUNG / BUCHHALTUNG

Nutzen Sie Factoring?	Ja	Nein
wenn ja: welcher Anbieter?	_____	
Machen Sie Ihre Buchhaltung selbst?	Ja	Nein
wenn nein: wer macht Ihre Buchhaltung?	_____	
Machen Sie Ihre Personalabrechnung selbst?	Ja	Nein
Wenn nein: wer macht Ihre Personalabrechnung?	_____	

## **FUHRPARK**

Fahrzeuge: \_\_\_\_\_

Anzahl/Alter/Laufzeit: \_\_\_\_\_

Leasing: \_\_\_\_\_

Eigentum: \_\_\_\_\_

Finanzierung: \_\_\_\_\_

## **BÜRO**

Bürogröße m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Anzahl der Räume: \_\_\_\_\_

Miete p.M. inkl. NK: \_\_\_\_\_

Laufzeit Mietvertrag: \_\_\_\_\_

Parkmöglichkeiten: \_\_\_\_\_

Öffentliche Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

Rollstuhlgerecht:  Ja  Nein

## **MITARBEITEREINSATZ**

Länge der Touren: \_\_\_\_\_

Durchschn. Anzahl der Patienten: \_\_\_\_\_

Reine Exam. Touren? \_\_\_\_\_

Reine Betreuungstouren? \_\_\_\_\_

Reine Hauswirtschaftstouren? \_\_\_\_\_