

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
Familienmitglieder angestellt (als Anlage):	Ja	Nein
Besonderheiten (als Anlage):	Ja	Nein
Privatzahler-Katalog (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, 1.200 ...)  
\_\_\_\_\_

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 Pflegegrad  
(Anzahl Patienten)      Pflegegrad 1 \_\_\_\_\_      Pflegegrad 2 \_\_\_\_\_  
   Pflegegrad 3 \_\_\_\_\_      Pflegegrad 4 \_\_\_\_\_  
   Pflegegrad 5 \_\_\_\_\_

Anzahl Patienten mit  
§45 b Leistungen: \_\_\_\_\_

Anzahl Patienten mit §39 SGB XI  
Leistungen (Verhinderungspflege):      2020 \_\_\_\_\_      2021 \_\_\_\_\_      2022: \_\_\_\_\_

Umsatz Patienten mit §39 SGB XI  
Leistungen (Verhinderungspflege):      2020€: \_\_\_\_\_      2021 €: \_\_\_\_\_      2022 €: \_\_\_\_\_

Wieviele neue Patienten haben  
Sie in den letzten 3 Monaten  
hinzugewonnen? \_\_\_\_\_

Wieviele Patienten haben  
Sie in den letzten 3 Monaten  
letztmalig versorgt? \_\_\_\_\_

Zahl der Beratungsgespräche  
§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
Begleitedienste:	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	Anzahl der Berufsjahre	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 (davon E-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 in Std.: \_\_\_\_\_

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

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

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

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