

**Zusätzliche Betreuung und Aktivierung gem. § 43b SGB XI**  
**Nachweis der personellen Besetzung in der teilstationären Pflege**

**I Daten zur Einrichtung**

Name	
Straße	
Postfach	
PLZ/Ort	
Telefon/Telefax	
E-Mail-Adresse	
IK-Kennzeichen	
Zuständige Pflegekasse	

**II Anzahl der zugelassenen teilstationären Plätze**

--

**III Auslastungsgrad in %**

--

**IV Anzahl der durchschnittlich belegten Plätze**

--

**V Umgesetzter Betreuungsschlüssel**

1	:	20
---	---	----

**VI Soll-Personalisierung in VK\***

0,00
------

**VII Nachweis Ist-Personalisierung**

0,00	Die Sollpersonalisierung ist erreicht
------	---------------------------------------

Name, Vorname	Qualifikation	Beschäftigungsumfang in VK*
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00
		0,00

\* VK = Vollzeitäquivalent

Hiermit beantragen wir den Abschluss einer entsprechenden Vergütungsvereinbarung nach der Rahmenvereinbarung gem.§ 86 Abs. 3 SGB XI über die Vergütungszuschläge gem. § 43b SGB XI zum

--

--

Ort, Datum

--

Unterschrift, Stempel