



Mandatsaufnahmefragebogen

Stammdatenaufnahme für Neumandanten – Pflegebetriebe

BETREIB

Firmenbezeichnung¹ _____
Art des Unternehmens _____
Rechtsform _____
Stammkapital in € _____

ANSCHRIFT

----> Geschäftsleitung
Straße _____
PLZ _____
Ort. _____
Bundesland _____

KOMMUNIKATION

Telefon _____
Telefax _____
Mobiltelefon: _____
eMail:: _____
Internet-URL _____

BANKVERBINDUNG

Bezeichnung _____
BLZ _____
Kontonummer _____

FINANZAMT

Bezeichnung _____
Steuernummer _____

¹ Nur bei Kapitalgesellschaften



BETRIEBSSTÄTTEN

	Betriebsstätte 1	Betriebsstätte 2
Straße	_____	_____
PLZ	_____	_____
Ort	_____	_____
Gemeinde/Hebesatz	_____	_____

GESETZLICHER VERTRETER

	Geschäftsführer 1	Geschäftsführer 2
Nachname	_____	_____
Vorname	_____	_____
Straße	_____	_____
PLZ	_____	_____
Ort	_____	_____

GESELLSCHAFTER

	Gesellschafter 1	Gesellschafter 2
Nachname:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
Straße:	_____	_____
PLZ	_____	_____
Ort	_____	_____
Eintritt:	_____	_____
Austritt	_____	_____
Höhe der Beteiligung	_____	_____
Finanzamt	_____	_____
Steuernummer	_____	_____



FESTSTELLUNG DER PBV-PFLICHT ODER –BEFREIUNG

1. Besteht ein Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen?

☐ Ja²

☐ Nein³

2. Wie viele Vollzeit- und wie viele Teilzeitkräfte beschäftigen Sie?

☐ <6 Vollzeitkräfte⁴

☐ 7-11 Vollzeitkräfte⁵

☐ >12 Vollzeitkräfte⁶

3. Wie hoch waren die Umsatzerlöse ihres Unternehmens im abgelaufenen Geschäftsjahr?

Für Pflegedienste ☐ <250.000,00 €⁷

☐ >250.000,00 €⁸

Für Pflegeheime ☐ <500.000,00 €

☐ >500.000,00 €

4. Über wie viele Pflegeplätze verfügt ihr Unternehmen?⁹(nur für stationäre Pflegeeinrichtungen)

Teilstationär ☐ <8 Pflegeplätze

☐ 9-15 Pflegeplätze

☐ >16 Pflegeplätze

Vollstationär ☐ <20 Pflegeplätze

☐ 21-30 Pflegeplätze

☐ >31 Pflegeplätze

UMSATZSTEUER / GEWERBESTEUER

5. Besteht ein Vertrag nach ³ 132 SGB V?

☐ Ja¹⁰

☐ Nein

6. Werden die Pflegekosten Ihrer Patienten in mindestens 40 % der Fälle von den gesetzlichen Trägern der Sozialversicherung oder Sozialhilfe ganz oder zum überwiegenden Teil getragen?

☐ Ja¹¹

☐ Nein¹²

7. Erbringen Sie zusätzliche Leistungen, die außerhalb der gesetzlichen Sozialleistungen liegen?¹³

☐ Ja und zwar:

☐ Nein

² Bilanzierung nach PBV; Befreiungsvorschriften beachten

³ Einnahmeüberschussrechnung

⁴ Von der PBV befreit; Umsatzerlöse beachten

⁵ Befreiung von der PBV auf Antrag; Umsatzerlöse beachten

⁶ Nicht von der PBV befreit

⁷ Von der PBV befreit

⁸ Von der PBV nicht befreit

⁹ Bis zu 8 Pflegeplätze bei teilstationären Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege => von der PBV befreit; 9-15 Pflegeplätze Befreiung auf Antrag; bis zu 20 Pflegeplätze bei vollstationären Pflegeeinrichtungen; 21-30 Pflegeplätze Befreiung auf Antrag; Ausnahme: Umsatzerlöse im abgelaufenen GJ > 500.000,00 EUR (Pflegeheime), >250.000,00 EUR (Pflegedienste).

¹⁰ Ist eine begünstigte Einrichtung gem. § 4 Nr. 16 S. 1 lit. b UStG; die gesamten Haushaltshilfeleistungen sind i.S.d. § 132 SGB V steuerfrei

¹¹ gem. § 4 Nr. 16 e UStG Umsatzsteuerfrei und gem. § 3 Nr. 20 GewStG gewerbesteuerfrei

¹² Umsatzsteuer- und Gewerbesteuerpflichtig

¹³ Wenn Umsätze nicht in enger Verbindung mit Pflege stehen dann Nebenbetrieb



- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Cafeteria | ☐ Schwimmbadvermietung | ☐ Getränkeautomaten |
| ☐ Feierlichkeiten | ☐ Öffentliche Veranstaltungen | ☐ Ausflüge |
| ☐ Verkauf von Bastelwaren | ☐ Gästeübernachtungen | ☐ Essen auf Rädern |
| ☐ Wäsche auf Rädern | ☐ Haushaltshilfeleistungen | ☐ Telefongestellung |
| ☐ Verkauf von Bastelwaren | ☐ Gartenarbeit ¹⁴ | |
| ☐ Vermietung von Fernsehgeräten | | |
| ☐ Sonstige: | _____ | |

SOFTWARE

8. Welche Programme werden in Ihrem Unternehmen eingesetzt?

9. Werden derzeit die Belege in Ihrem Unternehmen Belege digitalisiert/eingescannt?

☐ Ja ☐ Nein

KOSTEN- UND LEISTUNGSRECHNUNG

10. Welche Kostenstellen hat ihr Unternehmen?

- | | |
|--|---|
| ☐ Grund und Gebäude | ☐ Fuhrpark |
| ☐ Leitung und Verwaltung | ☐ Pflege- und Betreuungsdienst |
| ☐ Hauswirtschaftlicher Dienst | ☐ Technischer Dienst |
| ☐ Wäscherei | ☐ Küche |
| ☐ Aushilfen | ☐ _____ |

11. Welche Kostenträger hat ihr Unternehmen?

UNSERE LEISTUNGEN

Bitte kreuzen Sie Ihre Wünsche an

- | | |
|--|--|
| ☐ Erstellung eines Business und Finanzplanes | ☐ Buchhaltung nach PBV |
| ☐ Lohnbuchhaltung | ☐ Steuerberechnung und Steuererklärung |
| ☐ Jahresabschluss | ☐ Jahresbericht |
| ☐ Fördermittel-Beratung | ☐ Hilfeleistungen bei Vertragsabwicklungen |
| ☐ Betriebswirtschaftliche Analyse und Planung | ☐ Externes Controlling (Beobachtung und Auswertung der Basiszahlen) |

¹⁴ Haushaltsnahe Dienstleistung, steuermindernd für den Patienten