

Name: _____ KV: _____ Kvr. _____ Pflegegrad : _____

Adresse : _____ Plz _____ Ort _____

Tel. _____ e-mail _____

Leistungsnachweis Monat _____ Jahr _____

Leistung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
Frühdienst																																				
L1a) Lagern																																				
L1b) Hilfe An- / Auskleiden TÛ																																				
L1b) Hilfe An- / Auskleiden VÛ																																				
L1d) Mund und Zahnpflege																																				
L1e) Rasieren / Gesichtspflege																																				
L1f) Kämmen																																				
L1g) Haarwäsche																																				
L1k) Hautpflege																																				
L2a) Teilkörperwäsche																																				
L2b) Ganzkörperwäsche																																				
L2b) Duschen																																				
L2b) Baden																																				
L3) Transfer Unterstützung TÛ																																				
L3) Transfer VÛ + Hilfsmittel																																				
Frühstück																																				
L4a) Mundgerechtes Herrichten ...																																				
L4b) Hilfe Essen und Trinken																																				
Kürzel																																				

Unterschriften +Kürzel Patient _____ Unterstützende Person _____ Dienst / Pflegedienst / Pflegeberater _____

Leistungsnachweis

Name: _____ KV: _____ Kvrnr. _____ Pflegegrad : _____

Adresse : _____ Plz _____ Ort _____

Tel. _____ e-mail _____

Leistungsnachweis Monat _____ Jahr _____

Leistung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Frühdienst																																		
Mittagessen																																		
L4a) Mundgerechtes Herrichten ...																																		
L4b) Hilfe Essen und Trinken																																		
L3) Transfer Unterstützung TÛ																																		
L3) Transfer VÛ + Hilfsmittel																																		
L5) Toilettengang TÛ																																		
L5) Toilettengang VÛ																																		
L5) Einlagenwechsel																																		
L1a) Lagern																																		
L1b) Hilfe An- / Auskleiden TÛ																																		
L1b) Hilfe An- / Auskleiden VÛ																																		
L1d) Mund und Zahnpflege																																		
L1e) Rasieren / Gesichtspflege																																		
Kürzel																																		

Unterschriften +Kürzel Patient _____ Unterstützende Person _____ Dienst / Pflegedienst / Pflegeberater _____

Leistungsnachweis

Name: _____ KV: _____ Kvr. _____ Pflegegrad : _____

Adresse : _____ Plz _____ Ort _____

Tel. _____ e-mail _____

Leistungsnachweis Monat _____ Jahr _____

Leistung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Spätdienst																																		
Abendessen																																		
L4a) Mundgerechtes Herrichten ...																																		
L4b) Hilfe Essen und Trinken																																		
L3) Transfer Unterstützung TÛ																																		
L3) Transfer VÛ + Hilfsmittel																																		
L5) Toilettengang TÛ																																		
L5) Toilettengang VÛ																																		
L5) Einlagenwechsel																																		
L2a) Teilkörperwäsche																																		
L2b) Ganzkörperwäsche																																		
L1a) Lagern																																		
L5) Einlagenwechsel																																		
Kürzel																																		

Unterschriften +Kürzel Patient _____ Unterstützende Person _____ Dienst / Pflegedienst / Pflegeberater _____

Leistungsnachweis

Name: _____ KV: _____ Kvr. _____ Pflegegrad : _____

Adresse : _____ Plz _____ Ort _____

Tel. _____ e-mail _____

Leistungsnachweis Monat _____ Jahr _____

Leistung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Nachtdienst																																	
Zwischenmahlzeit																																	
L4a) Mundgerechtes Herrichten ...																																	
L4b) Hilfe Essen und Trinken																																	
L5) Toilettengang TÛ																																	
L5) Toilettengang VÛ																																	
L5) Einlagenwechsel																																	
L5) Toilettengang TÛ																																	
L5) Toilettengang VÛ																																	
L5) Einlagenwechsel																																	
L5) Toilettengang TÛ																																	
L5) Toilettengang VÛ																																	
L5) Einlagenwechsel																																	
Kontrollgang ohne Leistung																																	
Kontrollgang ohne Leistung																																	
Kürzel																																	

Unterschriften +Kürzel Patient _____ Unterstützende Person _____ Dienst / Pflegedienst / Pflegeberater _____

Leistungsnachweis

