

Stundennachweis Betreuung

Kunde (Name, Vorname): _____

Anschrift: _____

Mitarbeiter/-in: _____ Monat/Jahr: _____

Datum	Beginn (Abrechnungstaktung 5 Min)	Ende	Σ	Anfahrts- pauschale	Zusätzl. km	Unterschrift (Versicherter/Angehöriger)
__ . __ . __	__ : __	__ : __		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
__ . __ . __	__ : __	__ : __		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
__ . __ . __	__ : __	__ : __		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
__ . __ . __	__ : __	__ : __		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
__ . __ . __	__ : __	__ : __		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
__ . __ . __	__ : __	__ : __		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
__ . __ . __	__ : __	__ : __		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
__ . __ . __	__ : __	__ : __		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
__ . __ . __	__ : __	__ : __		<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Summe: __ : __						

Datum: _____ Unterschrift: _____

(Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben genannten Angaben)

Tätigkeitsbeschreibung

Datum	Beschreibung der geleisteten Tätigkeit
-- . - - - . - - -	
-- . - - - . - - -	
-- . - - - . - - -	
-- . - - - . - - -	
-- . - - - . - - -	
-- . - - - . - - -	
-- . - - - . - - -	
-- . - - - . - - -	
-- . - - - . - - -	
-- . - - - . - - -	