

Anlage zur Abrechnung vom \_\_\_\_\_  
 Rechnungsdatum

\_\_\_\_\_ Name des Pflegedienstes

Leistungsnachweis für \_\_\_\_\_ für den Abrechnungsmonat \_\_\_\_\_  
 Name der/des Pflegebedürftigen

Datum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Anzahl/ Summe			
<b>Uhrzeit Einsatzbeginn</b>																																			
<b>LK Leistung</b>																																			
<b>Uhrzeit Einsatzende</b>																																			
<b>Handzeichen Pflegekraft</b>																																			
<b>Uhrzeit Einsatzbeginn</b>																																			
<b>LK Leistung</b>																																			
<b>Uhrzeit Einsatzende</b>																																			
<b>Handzeichen Pflegekraft</b>																																			
<b>Uhrzeit Einsatzbeginn</b>																																			
<b>LK Leistung</b>																																			
<b>Uhrzeit Einsatzende</b>																																			
<b>Handzeichen Pflegekraft</b>																																			

Hiermit bestätige ich, dass die obigen Leistungen in dem Umfang erbracht worden sind, wie sie von den Pflegekräften abgezeichnet wurden.

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift Patientin/Patient/Bevollmächtigter