

Leistungsnachweis über ambulante Leistungen

Nutzer:.....

Wohnort Stuttgart ja nein
 Wohnt stationär? ja nein

Zeiterfassung für Monat/Jahr.....

Datum	Uhrzeit		Anzahl Stunden	Stunden-satz	Fahrt-Kosten Einsatz-ort	Fahrtkosten Betreuung		Gesamt-betrag	Unterschrift Nutzer
	Beginn	Ende				km	EUR 0,41/km		
Summe									

Hat die Betreuung beim Nutzer zu Hause begonnen? ja nein:.....
(bitte Ort angeben)

Hat die Betreuung beim Nutzer zu Hause geendet? ja nein:.....
(bitte Ort angeben)

Da die Pflegekassen eine sehr differenzierte Rechnungsstellung wünschen, benötigen wir Angaben darüber, in welchem Rahmen unsere Leistungen berechnet werden sollen.

- Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:
- Verhinderungspflege (nach § 39 SGB XI)
 - Entlastungsbetrag (nach § 45b SGB XI)
 - Persönliches Budget
 - Keine Angabe

.....
 Ort/Datum

.....
 Unterschrift Leistungserbringer