



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