Anlage 2 zum Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI für ambulante Bereuungseinrichtungen nach § 71 Abs. 1a SGB XI
Name; IK:

Leistungsnachweis gemäß § 89 SGB XI für pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen zur Haushaltsführung

Jahr 20____

von	bis

Anlage 2
zur Vergütungs-
einbarung
gem. § 89 SGB XI

Stempel/Name des Betreuungsdienstes

Name des Versicherten Vorname Geburtsdatum

IK _____

Anschrift des Versicherten

Pflegegrad

I	II	III	IV	V

Telefon-Nr. _____

Versicherten-Nr. _____ Kostenträger: _____

		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	Summe
	Wochentag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	
1.	Einsatzbeginn - Std./Min.																																
	Einsatzende - Std./Min.																																
	Bezeichnung																																
	Pflegerische Betreuungsmaßnahmen																																
	Hilfen zur Haushaltsführung																																
	Erst-/ Folgebesuch																																
	Kürzel/Handzeichen																																
2.	Einsatzbeginn - Std./Min.																																
	Einsatzende - Std./Min.																																
	Bezeichnung																																
	Pflegerische Betreuungsmaßnahmen																																
	Hilfen zur Haushaltsführung																																
	Erst-/ Folgebesuch																																
	Kürzel/Handzeichen																																
3.	Einsatzbeginn - Std./Min.																																
	Einsatzende - Std./Min.																																
	Bezeichnung																																
	Pflegerische Betreuungsmaßnahmen																																
	Hilfen zur Haushaltsführung																																
	Erst-/ Folgebesuch																																
	Kürzel/Handzeichen																																
4.	Einsatzbeginn - Std./Min.																																
	Einsatzende - Std./Min.																																
	Bezeichnung																																
	Pflegerische Betreuungsmaßnahmen																																
	Hilfen zur Haushaltsführung																																
	Erst-/ Folgebesuch																																
	Kürzel/Handzeichen																																

Die Angaben dieses Leistungsnachweises wurden überprüft und die Richtigkeit wird bestätigt

Datum, Unterschrift des Versicherten/
Bevollmächtigten/gesetzlich bestellten Betreuers

Datum, rechtsverbindliche Unterschrift der verantwortlichen Fachkraft oder deren Vertretung