



LEBENSHILFE Kreisvereinigung Westerwald e.V.
Leistungsnachweis

Monat: _____

Name des Kunden: _____

Unterschrift Kunde / Angehöriger /
Gesetzl. Betreuer

	Uhrzeit von / bis	Stunden gesamt	Name des Mitarbeiters	Verhinderungs- pflege nach SGB XI § 39	Entlastungsbetrag nach SGB XI § 45b	Rechnung an privat	Kd. rechnet mit Krankenkasse ab	Abtretungs- erklärung liegt vor
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								