

Leistungen	Fr 1 (FT)	Sa 2	So 3	Mo 4	Di 5	Mi 6	Do 7	Fr 8	Sa 9	So 10	Mo 11	Di 12	Mi 13	Do 14	Fr 15	Sa 16	So 17	Mo 18	Di 19	Mi 20	Do 21	Fr 22	Sa 23	So 24	Mo 25	Di 26	Mi 27	Do 28	Fr 29	Sa 30	So 31	Anzahl	
1. Einsatz (1)																																	
*Medikamentengabe	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	31,00
*Kompr.str. an (II)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	31,00
Kürzel																																	
Zeitgleich mit PV																																	

- Letzter Bericht gem. § 21 Abs. 2 am: \_\_\_\_\_
- Betreutes Wohnen / Behandl. mehr. Pers. im gleichen Haushalt

Richtigkeit der oben getätigten Eintragungen wird bestätigt:

\_\_\_\_\_  
 Datum/ Unterschrift der fachlichen Leitung

\_\_\_\_\_  
 1. Woche: Datum/ Unterschrift Pat. bzw. Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_  
 2. Woche: Datum/ Unterschrift Pat. bzw. Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_  
 3. Woche: Datum/ Unterschrift Pat. bzw. Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_  
 4. Woche: Datum/ Unterschrift Pat. bzw. Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_  
 5. Woche: Datum/ Unterschrift Pat. bzw. Bevollmächtigter