Anwesenheitsnachweis – Wohngemeinschaft

Leistungserbringer: Name
Adresse
PLZ / Ort
IK

Kunde: Name, Vorname
Geburtsdatum: * TT.MM.JJJJ
Versichertennummer:

WG-Standort: WG-Straße
10101 WG-Ort

Monat/Jahr: 05/2015
Vertr. Monatskontingent/Betreuungszeit: 720/720
Fehlzeiten: siehe Abwesenheitsnachweis

Die Dienstleistungserbringung erfolgte durch folgenden Mitarbeiter des Versorgungsteams:

____
(verantwortliche Pflegefachkraft und/oder Finanzbuchhaltung)

Versorgungsteam:

	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO
	KPK	APFK	KKPFL		KPK	APFK	KKPFL
	KPH	RS	SO		KPH	RS	SO

KPK = Gesundheits- und Krankenpfleger/in, APFK = Altenpfleger/in, KKPFL = Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, KPH = Krankenpflegehelfer/in, Gesundheits- und Pflegeassistent/in, RS = Rettungssanitäter/in, SO = Sonstige