


Häusliche Krankenpflege: Dokumentation		 Bezirk Schwaben
Name des Kindes:	Leistungserbringer:	

Medizinische Handlungen laut ärztlicher Verordnung:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Medikamentengabe | <input type="checkbox"/> (5) Wundversorgung / Verbände wechseln |
| <input type="checkbox"/> (2) Versorgung PEG (Sonde) | <input type="checkbox"/> (6) Orthesen / Stützapparate an- und ablegen |
| <input type="checkbox"/> (3) Katheterisierungen | <input type="checkbox"/> (7) _____ |
| <input type="checkbox"/> (4) Stoma-Versorgung | <input type="checkbox"/> (8) _____ |

Monat / Jahr : _____ (Datum)

Datum der Leistung	Erbrachte Leistung: (Anzahl/Tag)	Erbrachte Leistung: (Anzahl/Tag)	Erbrachte Leistung: (Anzahl/Tag)	Anmerkungen (z.B. Kind / IB krank, Ferien, etc.)
01.				
02.				
03.				
04.				
05.				
06.				
07.				
08.				
09.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				

Wir bestätigen hiermit, dass nur die o.g. ärztlich verordneten Maßnahmen erbracht wurden !

Datum Unterschrift Leistungserbringer Unterschrift Einrichtung Unterschrift Sorgeberechtigte/r