

	EUR	EUR
Bestand am Anfang des Abrechnungszeitr.	EUR	
Mehreinnahmen/-ausgaben im Abrechn.zeitr.	+/- EUR	
Bestand am Ende des Abrechnungszeitraumes		EUR =====

Angaben über die persönlichen Verhältnisse:

1.	Ständiger Aufenthalt _____ Straße PLZ Ort Heimunterbringung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein geschlossene Abteilung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	Wer versorgt <input type="checkbox"/> versorgt sich selbst <input type="checkbox"/> Personal d. Alten-/Pflegeheimes/Einrichtung <input type="checkbox"/> ich, <input type="checkbox"/> ambulante Pflegedienste <input type="checkbox"/>
3.	Wie war die gesundheitliche Entwicklung seit dem letzten Bericht? Der Zustand hat sich <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> nicht verändert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> weil _____ Hausarzt: _____ Tel.: _____ _____ Straße PLZ Ort
4.	Welche Änderungen im Umfang Ihres Aufgabenkreises halten Sie für erforderlich? <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende: (z. B. Erweiterung d. Aufgabenkreises): _____
5.	<input type="checkbox"/> ist weiter erforderlich. <input type="checkbox"/> kann aufgehoben werden, da die Angelegenheiten wieder selbst regeln kann.
6.	Wann haben Sie zuletzt persönlich gesehen? _____ In welchen zeitlichen Abständen sehen/besuchen Sie <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> täglich (gemeinsamer Hausstand)

