

### Leistungsnachweis häuslicher Krankenpflege durch Schulhelferinnen und Schulhelfer

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ BSN \_\_\_\_\_ KVNR \_\_\_\_\_

Abrechnungsmonat \_\_\_\_\_ Häufigkeit der verordneten Leistungen: \_\_\_\_\_ mal täglich bis \_\_\_\_\_

Folgende Einsatzzeiten wurden vereinbart:

Einsatz-Nr.	1	2	3	4	5	6
Zeitraum						

Leistung wurde an folgenden Tagen und Zeiten erbracht (Dokumentation durch Handzeichen):

Einsatz Nr.	Leistung	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.	
		1	<input type="checkbox"/> Messung <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Injektion <sup>2</sup>																														
2	<input type="checkbox"/> Messung <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Injektion <sup>2</sup>																																
3	<input type="checkbox"/> Messung <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Injektion <sup>2</sup>																																
4	<input type="checkbox"/> Messung <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Injektion <sup>2</sup>																																
5	<input type="checkbox"/> Messung <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Injektion <sup>2</sup>																																
6	<input type="checkbox"/> Messung <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Injektion <sup>2</sup>																																

<sup>1</sup>Die Leistung Messung inkludiert die Blutzuckermessung und/oder die interstitielle Glukosemessung

<sup>2</sup>ausschließlich Insulin s.c., auch per Insulinpumpe

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Schulleitung und Schulstempel