KSV SACHSEN

Bestätigung Personaleinsatz Assistenz im Krankenhaus nach § 113 Abs. 6 SGB IX

Name, Vorname: (Lb Person) | Geburtsdatum:

Anschrift:

Stationärer Aufenthalt nach § 39 SGB V ja ☐ nein ☐

Assistenzzeiten durch Fachkraft ☐ Nichtfachkraft ☐

Name, Vorname der Assistenzkraft

Datum		von		Uhr	bis	Uhr
Datum		von		Uhr	bis	Uhr
Datum		von		Uhr	bis	Uhr
Datum		von		Uhr	bis	Uhr
Datum		von		Uhr	bis	Uhr
Datum		von		Uhr	bis	Uhr
Datum		von		Uhr	bis	Uhr

Ort, Datum

Unterschrift (Träger/LE)

Bestätigung Personaleinsatz Assistenz im Krankenhaus nach § 113 Abs. 6 SGB IX

Ersatzpersonal in der Wohnform

Name, Vorname: (Lb Person) | Geburtsdatum:

Hiermit wird bestätigt, dass für die Zeiten, in denen die lb Person durch eine Assistenzkraft im Krankenhaus betreut wurde, Ersatzpersonal (mit gleicher Qualifikation) in unserer Einrichtung eingesetzt worden ist.

Ort, Datum

Unterschrift (Träger/LE)