DRK Soziale Dienste im Landkreis Northeim gGmbH
Familienentlastender Dienst
Tiedexer Tor 6c, 37574 Einbeck
Fax: 05561 / 31940 - 29 E-Mail: fed-ein@drk-goe-nom.de

Deutsches Rotes Kreuz

Einsatzbestätigung für Monat: _____

**Kostenträger:** _____ (z.B. Pflegekasse, Landkreis, privat, etc.)

Kostenart: ☐ Verhinderungspflege ☐ zus. Betr. §45
☐ Eingliederungshilfe ☐ Privat ☐ _____

**Klient:** _____
**Vor- und Nachname ausgeschrieben in Druckbuchstaben**

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Pflegegrad: _____

**Mitarbeiter:** _____
**Vor- und Nachname ausgeschrieben in Druckbuchstaben**

| Datum | von / bis | Std | Min | Unterschrift Klient* |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | **Gesamtzeit:** | | | |

***mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass der FED des DRK-Einbeck die hier dokumentierten Pflegeleistungen direkt dem entsprechenden Kostenträger in Rechnung stellt.**

_____
**Unterschrift Mitarbeiter**

**Dieser Vordruck muss vollständig und gut leserlich ausgefüllt spätestens bis zum 5. des Folgemonats beim DRK Einbeck, Tiedexer Tor 6c abgegeben werden. Gerne auch per E-Mail, Fax oder Briefkasteneinwurf.**