

STUNDENAUFZEICHNUNG

Für Persönliche Assistenzleistungen



Klient:in (K)

Assistenz durch

Monat / Jahr

Datum		Von				Bis				Dauer*				Tätigkeit					Kilometer mit K. / ohne K.		Name der Assistenz	
T	T	H	H	M	M	H	H	M	M	H	H	M	M	A	B	C	D	E				
																					1	
																						2
																						3
																						4
																						5
																						6
																						7
																						8
																						9
																						10
																						11
																						12
																						13
																						14

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datum, Unterschrift

Legende für Tätigkeitsangaben; * Zeitangaben (Dauer) verstehen sich in Stunden und Minuten; die Validierung erfolgt durch autorisierte Mitarbeiter. A – Grundbedürfnisse (Aufstehen bzw. in das Bett gehen, anziehen bzw. ausziehen, Körperpflege, Hilfe bei den Mahlzeiten, etc.) B – Freizeitassistenz (Spazieren gehen, kleinere Ausflüge, etc.) C – Haushaltsführung (putzen, Ordnung halten, kochen, Wäsche waschen bzw. aufhängen und abnehmen, bügeln, einkaufen, etc.) D – Begleitungen (Begleitungen bei Amtswegen, bzw. Arztterminen, etc.) E – Sonstige Tätigkeiten (Urlaubsbegleitungen, Besuche bei Freunden, größere Ausflüge, etc.)