GROSSE HILFE,
GANZ NAH.

HILFSWERK

24-Stunden-Betreuung – Tätigkeitsbericht

Kundin/Kunde: _____ **Betreuer/in** _____ **Monat/Jahr:**_____

Maßnahmen / (Aufzählung lt. Tagesablauf)	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

Erfolgte Durchführung wird mit einem Handzeichen (1. Buchstabe Vorname, 2. Buchstabe Nachname) bestätigt

GROSSE HILFE,
GANZ NAH.

HILFSWERK

24-Stunden-Betreuung – Tätigkeitsbericht

Maßnahmen / (Aufzählung lt. Tagesablauf)	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
Besonderheiten:																															

Übergabe von Informationen (Tätigkeiten/Maßnahmen/Besonderheiten) an Betreuer/in: _____

Datum: _____ Unterschrift_____

Erfolgte Durchführung wird mit einem Handzeichen (1. Buchstabe Vorname, 2. Buchstabe Nachname) bestätigt