

# DOKUMENTATION

von Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach §45 SGB XI

**GEMEINSAM**  
statt  
**EINSAM**



Nachbarschafts-  
hilfe Owingen e. V.

**Klient/in** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

**Helfer/in** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Datum	Betreuungszeit von - bis	Zeitaufwand gesamt	gefahrne km	Sonstiges (z.B. Parkgebühren)	Unterschrift Klient/in

Zeitaufwand gesamt

Unterschrift Helfer/in

