# Übersicht Betroffene in der Betreuungsstelle

Datum: _____ Betreuungsstelle: _____ Beginn: _____ : _____ Ende: _____ : _____

| Nr. | Name, Vorname | Straße, Hausnummer: | Aufnahme (Uhrzeit) | Gehend (selbstständig) | Sitzend (MTF/BTW) | Rollstühle (BTW) | | | Liegend (KTW) | Endlassen (Uhrzeit) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Standard | Elektro | Pflege | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Seiten von _____ bis _____