

ABW

Ambulant Betreutes Wohnen



Kontaktstelle für Menschen mit Behinderungen

Antoniusstraße 26a

59457 Werl

02922 83738

Name des Klienten _____

Mitarbeiterin _____

Monat/Jahr _____

Datum	Von-bis	Stunden	Art	Ort und Inhalt der Betreuung Stichworte

Summe Stunden

Datum

Unterschrift Klient

Datum

Unterschrift Mitarbeiter/in

ABW

Art: E = Einzelbetreuung, G = Gruppenbetreuung, K = Kooperationskontakt mit Bezugsperson

Ausfall der Stunden durch Mitarbeitererkrankung

Datum	Von-bis	Stunden

ABW

Aktenzeichen

Bew. Std. pro Wo.

Schlüssel Gruppen- aktion (z.B. 2:4)

ABW