Angaben zur Begleitung

Die medizinisch notwendige Begleitung erfolgte

❑ durch eine Mitaufnahme am/seit/vom _____bis_____

❑ ohne Mitaufnahme zu folgenden Zeiten (Anwesenheiten im Krankenhaus inkl. An- und Abreise):

Datum	Uhrzeit (von-bis)	Datum	Uhrzeit (von-bis)	Datum	Uhrzeit (von-bis)

Begleitung durch Mitarbeitende eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe

Während der Zeit meiner Begleitung erfolgte zusätzlich eine Begleitung eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe:

❑ Nein

❑ Ja, zu folgenden Zeiten:

Datum	Uhrzeit (von-bis)	Datum	Uhrzeit (von-bis)	Datum	Uhrzeit (von-bis)

Ort, Datum, Unterschrift der begleitenden Person

_____