

# Pflegebedürftige (Verträge) am 15.12.2007

Bitte für jede nach SGB XI versorgte Person eine Zeile ausfüllen [9]  
 – ohne Personen der „Pflegestufe 0“ –

Lfd. Nr.	Geschlecht		Geburtsjahr	Grad der Pflegebedürftigkeit [10]					Art der Pflegeleistung [11]			
	männlich	weiblich		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Pflegestufe III (Härtefall)	noch keine Zuordnung	vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	teilstationäre Pflege	
											Tagespflege	Nachtpflege
Bitte nur ein Feld ankreuzen		Bitte eintragen	Bitte nur ein Feld ankreuzen					Bitte nur ein Feld ankreuzen				
8-10	11		12-15	16					17			
Beispiel	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	1 9 2 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
001	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
002	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
003	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
004	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
005	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
006	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
007	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
008	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
009	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
010	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
011	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
012	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
013	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
014	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
015	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
016	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
017	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
018	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
019	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
020	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
021	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
022	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Für weitere Personen sind Folgebögen anzulegen.  
 Bitte tragen Sie hier die Anzahl der Folgebögen ein:

# Pflegebedürftige (Verträge) am 15.12.2007

Bitte für jede nach SGB XI versorgte Person eine Zeile ausfüllen [9]  
 – ohne Personen der „Pflegestufe 0“ –

Folgebogen Nr. \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.	Geschlecht		Geburtsjahr	Grad der Pflegebedürftigkeit [10]					Art der Pflegeleistung [11]			
	männlich	weiblich		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Pflegestufe III (Härtefall)	noch keine Zuordnung	vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	teilstationäre Pflege	
											Tagespflege	Nachtpflege
Bitte nur ein Feld ankreuzen		Bitte eintragen	Bitte nur ein Feld ankreuzen					Bitte nur ein Feld ankreuzen				
8-10	11		12-15	16					17			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4