**Abgabe eines Hilfsmittels**

Datum:

WB:

Bewohnername:

Hilfsmittelart:

Bewohnereigentum [ ]

Eigentum Krankenkasse [ ]

Hauseigentum [ ]  Seriennummer

 füllt stellv. PDL aus!

Grund der Abgabe:

Wird z. Zt. nicht benötigt [ ]

Bewohner verstorben [ ]

Sonstiges (Grund) [ ]

Abgabe im Stammblatt notiert am / Hz:

Unterschrift Mitarbeiter:

**Abgabe eines Hilfsmittels**

Datum:

WB:

Bewohnername:

Hilfsmittelart:

Bewohnereigentum [ ]

Eigentum Krankenkasse [ ]

Hauseigentum [ ]  Seriennummer

 füllt stellv. PDL aus!

Grund der Abgabe:

Wird z. Zt. nicht benötigt [ ]

Bewohner verstorben [ ]

Sonstiges (Grund) [ ]

Abgabe im Stammblatt notiert am / Hz:

Unterschrift Mitarbeiter: