Rapport mensuel

permed

Nom/Prénom Client/Cliente

Nom/Prénom Collaborateur/trice:

A remplir par le/la collaborateur/trice: — ***Prestations prises en charge de la caisse***

Décembre	Soins de base		Soins de traitement		TOTAL
	Jour	Nuit	Jour	Nuit	h/min
	06.00-23.00	23.00-06.00	06.00-23.00	23.00-06.00	(1+2+3+4)
	1	2	3	4	A
Sa. 01.12.					
Di. 02.12.					
Lu. 03.12.					
Ma. 04.12.					
Me. 05.12.					
Je. 06.12.					
Ve. 07.12.					
Sa. 08.12.					
Di. 09.12.					
Lu. 10.12.					
Ma. 11.12.					
Me. 12.12.					
Je. 13.12.					
Ve. 14.12.					
Sa. 15.12.					
Di. 16.12.					
Lu. 17.12.					
Ma. 18.12.					
Me. 19.12.					
Je. 20.12.					
Ve. 21.12.					
Sa. 22.12.					
Di. 23.12.					
Lu. 24.12.					
Ma. 25.12.					
Me. 26.12.					
Je. 27.12.					
Ve. 28.12.					
Sa. 29.12.					
Di. 30.12.					
Lu. 31.12.					

A remplir par le/la collaborateur/trice: — ***Prestations non prises en charge par la caisse***

Ménage		Suivi	Garde de nuit	TOTAL	Total global	Garde durant le sommeil	Forfait par cas	Participation du patient
Jour	Nuit	Jour	Nuit	h/min				remplir Permed
06.00-23.00	23.00-06.00	06.00-23.00	23.00-06.00	(5+6+7+8)				
5	6	7	8	B	A+B	C	D	E

A remplir par Permed

h totales													
	1	2	3	4	A	5	6	7	8	B	A+B	C	D	E
Supplément dim./jours fériés (Collaborateur/trice)				**(A+B+C)**		**Sonn-/Feiertag Zulage (Kunde/in)**			**(B)**		**(C)**		**Total**	
Supplément de nuit (Collaborateur/trice)				**(2+4+6+8)**		**Nachtzulage (Kunde/in)**			**(6+8)**				**Total**	

Rapport contrôlé par:		**Rapport mensuel complet**	**Date**		**Indemnité kilométrique**	**Nombre**	**Tarif**	**Montant**
	Signature Collaborateur/trice		**Signature Client/Cliente**		**Frais divers**			**Montant**