

Opdracht tot het maken van een declaratie over gewerkte uren voor:

| Zorgverlener    |  | Cliënt          |   |
|-----------------|--|-----------------|---|
| Naam:           |  | Naam:           |   |
| Adres:          |  | Adres:          |   |
| Postc + plaats: |  | Postc + plaats: |   |
| AGB Code:       |  | Soort zorg:     | <input type="checkbox"/> Pers.verz. <input type="checkbox"/> Verpleging   |
| BSN:            |  |                 | <input type="checkbox"/> Begeleiding <input type="checkbox"/> Huishouding |

Jaar:

Maand:

| Datum | Van | Tot | Waak                     | Slaap                    | Van | Tot | Waak                     | Slaap                    | Bijzonderheden |
|-------|-----|-----|--------------------------|--------------------------|-----|-----|--------------------------|--------------------------|----------------|
| 1     |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 2     |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 3     |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 4     |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 5     |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 6     |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 7     |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 8     |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 9     |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 10    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 11    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 12    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 13    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 14    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 15    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 16    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 17    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 18    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 19    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 20    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 21    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 22    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 23    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 24    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 25    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 26    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 27    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 28    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 29    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 30    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |
| 31    |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |

Bijzonderheden / km / reiskosten

---

---

Datum:

Handtekening zorgverlener: