Pflegedienst

Anschrift (optional)

Schlüsselhinterlegung – Ambulanter Pflegedienst

Protokoll-Nr. | Ort | Datum | Uhrzeit

Klient*in

Name | Kundennummer

Anschrift

Bevollmächtigte Person (optional) | Verhältnis (z. B. Tochter)

Schlüssel

Art	Kennzeichnung / Code am Schlüssel	Anzahl	Bemerkung

Mögliche Angaben: Art – Haustür, Wohnungstür, Briefkasten, Nebeneingang, Sonstiges

☐ Schließprobe durchgeführt

Aufbewahrung

Aufbewahrungsort

◯ Schlüsseldepot der Zentrale

◯ Dienststelle / Station ◯ Sonstiges

Wo genau?

Übernahme durch

Mitarbeiter*in (Name)

Muster aus der Praxis, ohne Gewähr. Für Ihren Einzelfall ersetzt es keine Rechtsberatung.

Zweck und Einverständnis

Die Klientin oder der Klient übergibt die aufgeführten Schlüssel an den Pflegedienst. Die Schlüssel werden ausschließlich zur Erbringung der vereinbarten Leistungen und im Notfall verwendet. Jede Verwendung wird dokumentiert.

Bei Vertragsende oder auf Verlangen werden die Schlüssel vollständig zurückgegeben; die Rückgabe wird schriftlich bestätigt. Werden Schlösser ausgetauscht, informiert die Klientin oder der Klient den Pflegedienst, damit die hinterlegten Schlüssel aktuell bleiben.

Klient*in bzw. bevollmächtigte Person

Unterschrift

Name

Ort, Datum

Für den Pflegedienst

Unterschrift

Name

Ort, Datum

Rückgabe

Rückgabe am

Vollständig zurück

◯ Ja ◯ Nein

Fehlende Schlüssel

Bemerkung

Für den Pflegedienst

Unterschrift

Name

Ort, Datum

Klient*in bzw. bevollmächtigte Person

Unterschrift

Name

Ort, Datum

Muster aus der Praxis, ohne Gewähr. Für Ihren Einzelfall ersetzt es keine Rechtsberatung.