

Leistungsnachweis

Haus mit vielen Etagen e.V.
 Masch 25
 37124 Rosdorf



Monat/Jahr

Bitte bis zum 3. des Folgemonats vollständig ausgefüllt abgeben!

Betreuer/in (Name und Anschrift)	Betreute Person (Name und Anschrift) *	Krankenkasse der betreuten Person	Versicherungsnummer der betreuten Person
---	---	---	--

Datum	Leistungs- Nummer	Betreuung			Unterschrift des Angehörigen	Fahrten in km (hin u. zurück)	Abrechnung über (bitte ankreuzen)	
		von	bis	Stundenzahl			zusätzliche Betreuungsleistung	Verhinderungs- pflege

Gesamt Stunden:

--

Gesamt km:

--

Datum, Unterschrift Betreuer/in:	IBAN-Nummer für die Überweisung:	Abrechnung: <hr/>
----------------------------------	----------------------------------	----------------------

* Ich beauftrage den Leistungserbringer, die durch Leistungen nach §45 SGB XI oder §39 SGB XI entstandenen Kosten der Pflegekasse direkt in Rechnung zu stellen.