

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 Betreuerin:	IBAN-Nummer für die Überweisung:	Abrechnung: _____
---------------------------------	----------------------------------	----------------------

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

