
Anschrift Krankenkasse:

ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Hiermit trete ich:

Name Versicherter:

Versicherungsnummer:

Geburtsdatum:

Anschrift Versicherter:

meinen Anspruch auf einen zusätzlichen Betrag für Betreuungs- und Entlastungsleistung gem. § 45 b SGB XI in Höhe von 1500 € pro Jahr für in Anspruch genommene Betreuungs- und Entlastungsleistungen aus dem Betreuungsvertrag mit:

Leistungserbringer:

Häusliche Senioren- und Krankenbetreuung Petermann
Bahnhofstraße 24
37688 Beverungen
IK 460572240

unter dem Vorbehalt des schriftlichen Widerrufs ab.

Ort, Datum Unterschrift (Versicherter oder gesetzlicher Vertreter):

Hiermit nehme ich die Abtretung an:

Beverungen, Datum Unterschrift (Leistungserbringer):