
Anschrift Krankenkasse:

ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Hiermit trete ich:

Name Versicherter:

Versicherungsnummer:

Geburtsdatum:

Anschrift Versicherter:

meinen Anspruch auf den zusätzlichen Betrag für Entlastungsleistung § 45 b SGB XI in Höhe von € 1500 pro Jahr für in Anspruch genommene Entlastungsleistungen aus dem Betreuungsvertrag mit:

Leistungserbringer:

Pflegedienst Petermann GmbH
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):