

Abtretungserklärung § 45b SGB XI

Hiermit trete ich:

Versicherter:

Name/Vorname: _____ geb. am: _____

Strasse: _____

PLZ/ Ort: _____

Pflegekasse: _____ KV-Nr.: _____

meinen Anspruch auf einen zusätzlichen Entlastungsbetrag gem. § 45b SGB XI in Höhe von _____ € für in Anspruch genommene zusätzliche Entlastungsleistungen aus dem Betreuungsvertrag mit:

Leistungserbringer:

rima Pflege GmbH
Schulstraße 5
01458 Ottendorf-Okrilla
IK: 461424082

unwiderruflich/ unter dem Vorbehalt des schriftlichen Widerrufs ab. Der Leistungserbringer darf ab den _____ direkt mit Ihnen abrechnen.

Datum, Ort:

Unterschrift Versicherter

Hiermit nehme ich (Leistungserbringer) die Abtretung an:

Datum, Ort/ Unterschrift des Leistungserbringer