

Abtretungserklärung § 45 b SGB XI

Hiermit trete ich:

Versicherter:

Name/Vorname: _____ geb. am: _____

Strasse: Poststraße 15

PLZ/ Ort: 65191 Wiesbaden

Pflegekasse: _____ KV-Nr.: _____

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

Leistungserbringer:

BPV Ambulante Pflege GmbH
Poststraße 15
65191 Wiesbaden
IK: 460646259

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

Datum, Ort:

Unterschrift Versicherter

Hiermit nehme ich (Leistungserbringer) die Abtretung an:

Datum, Ort/ Unterschrift des Leistungserbringer