

# Abtretungserklärung § 45 b SGB XI

**Hiermit trete ich:**

**Versicherter:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

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