

Beispielabrechnung (Seite 1) und Leistungsnachweis (Seite 2) für **gewerbliche Angebote** zur Unterstützung im Alltag

	Adresse der/des Anbietenden
	Telefonnummer
	Steuernummer
	Institutionskennzeichen (IK)
Anschrift des Rechnungsempfangenden	
Rechnungsnummer fortlaufend	
Ausstellungsdatum der Rechnung	
Abrechnungszeitraum	
Leistungsempfänger*in:	
Name	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Versichertennummer	
Leistungsart:	Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI
Leistungspositionen:	(hier eintragen, ggf. mehrere)
Anzahl:	Einzelpreis:
Gesamtbetrag:	
Hinweis auf Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 16 UStG	

Leistungsnachweis der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI – für gewerbliche Angebote

Monat/Jahr:

Angaben der/des Leistungserbringenden	Angaben der versicherten Person
Name und Anschrift:	Name und Anschrift:
Institutionskennzeichen:	Geburtsdatum:
IBAN:	Versichertenummer:

Ich habe die dokumentierten Leistungen in Anspruch genommen und bestätige die Art und die Menge der erbrachten Leistungen.

(Datum, Unterschrift der versicherten Person, bzw. der/des Bevollmächtigen, der gesetzlichen Vertretung

(Seite bitte nur einreichen, wenn eine Abtretung gewünscht ist)

Abtretungserklärung

Angaben der/des Leistungserbringenden	Angaben der versicherten Person
Name und Anschrift:	Name und Anschrift:
Institutionskennzeichen (wenn vorhanden):	Geburtsdatum:
IBAN:	Versichertennummer:

Ich trete meine Ansprüche gegen meine Pflegekasse an die/den im Leistungsnachweis angegebenen Anbieter(n) ab und beauftrage die Pflegekasse, die mir zustehenden Leistungen nach § 45 b SGB XI für den im Leistungsnachweis (Seite 1) angegebenen Zeitraum an die/den im Leistungsnachweis angegebenen Anbieter(n) anzuweisen.

(Datum, Unterschrift der versicherten Person, bzw. der/des Bevollmächtigen, der gesetzlichen Vertretung)

(Seite bitte nur einreichen, wenn eine Umwidmung gewünscht ist)

Umwidmung

Angaben der/des Leistungserbringenden Name und Anschrift:	Angaben der versicherten Person Name und Anschrift:
Institutionskennzeichen (wenn vorhanden):	Geburtsdatum: Versichertennummer:

Ich möchte für den im Leistungsnachweis (Seite 1) angegebenen Zeitraum meinen Pflegesachleistungsanspruch (bei Pflegegrad 2-5) bis zu maximal 40% des mir zustehenden Leistungsanspruchs in Entlastungsleistungen umwidmen.

Ich bin darüber informiert, dass sich dadurch mein anteiliges Pflegegeld minimiert.

(Datum, Unterschrift der versicherten Person, bzw. der/des Bevollmächtigen, der gesetzlichen Vertretung