

Abtretungserklärung § 45 b SGB XI

Hiermit trete ich:

Versicherter:

Name/Vorname: Mustermann Max geb. am: 22.07.1931

Strasse: Musterstr.11

PLZ/ Ort: 33445 Musterstadt

Pflegekasse: AOK Hessen KV-Nr.: X232323

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

Leistungserbringer:

Demo Pflegedienst
Brönnerstraße 17
60313 Frankfurt am Main
IK: 460444444

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